

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

305

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 avril 1898, à 1 heure

PAR

Constant DEVILLE

DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Ancien interne des Hôpitaux du Havre.

Né à Lyon, le 25 août 1870

INDICATIONS ACTUELLES

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

CONSERVATRICE OU NON

Président : M. PINARD, professeur.

Suffragants : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM. TILLAUX, professeur.} \\ \text{VARNIER et TUFFIER agrégés.} \end{array} \right.$

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

BORDIER ET MICHALON

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1898

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 avril 1898, à 1 heure

PAR

Constant DEVILLE

DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Ancien interne des Hôpitaux du Havre.

Né à Lyon, le 25 août 1870



INDICATIONS ACTUELLES

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

CONSERVATRICE OU NON

Président : M. PINARD, professeur.

Suffragants : { MM. TILLAUX, professeur.
VARNIER et TUFFIER agrégés.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
BORDIER ET MICHALON

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER
Matière médicale et Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale.	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRA	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Témoignage affectueux et reconnaissant.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

AVANT-PROPOS

Indications actuelles de l'opération césarienne conservatrice ou non. Tel est le titre que nous avons choisi à cette étude.

Nous nous proposons, en effet, d'étudier ici les indications, non seulement de l'opération césarienne simple, conservatrice, mais aussi celles plus nombreuses encore de l'amputation utéro-ovarique, ainsi que celles [plus récentes de la section césarienne suivie de l'hystérectomie abdominale totale.

Si la première de ces interventions a perdu beaucoup au profit des deux] autres, ses indications, quoi qu'assez limitées, n'en demeurent pas moins] absolument nettes.

Aussi, sans avoir la prétention d'ajouter rien aux nombreuses monographies qui ont été publiées sur ce] sujet, il nous a paru intéressant de grouper] et de classer d'une façon aussi précise que peuvent le permettre les données d'un problème clinique, les indications de l'opération césarienne, de l'opération de Porro et de l'hystérectomie abdominale totale.

Pour cela faire, deux méthodes se présentaient à] nous.

Dans la première, on pouvait étudier successivement et séparément ces trois procédés, en examinant pour chacun d'eux quelles pouvaient en être les indications.

La seconde consistait, au contraire, à passer en revue l'un après l'autre, tous les cas de dystocie justiciables de

l'une de ces interventions et, s'appuyant sur les diverses observations publiées jusqu'à ce jour, à conclure en faveur de l'une d'elles.

C'est cette dernière manière de faire que nous avons adoptée, parce qu'elle nous a semblé se prêter davantage à une étude méthodique de la question, en permettant de discuter, à propos de chacun des cas examinés, quelle devra être, pour l'accoucheur, la meilleure conduite à tenir.

La question de l'opération césarienne est loin d'être aujourd'hui ce qu'elle était autrefois. Non pas que sa technique opératoire en ait été modifiée de sensible façon, car, à part les bénéfices des nouvelles méthodes antiseptiques, l'intervention en elle-même pour ce qui est de l'opération conservatrice est à peu de chose près demeurée ce qu'elle était jadis. Mais on peut dire que l'avènement ou plutôt la réapparition de la symphyséotomie en a quelque peu restreint les indications.

Il nous a donc semblé, non seulement intéressant, mais encore indispensable, de faire précéder ce travail d'un aperçu historique un peu étendu, dans lequel on pourra voir par quelles alternatives de faveur et de délaissement a dû passer l'opération césarienne jusqu'au jour où, complétée par l'amputation utéro-ovarique, cette dernière fut elle-même remplacée par l'hystérectomie abdominale totale.

Cet historique formera le premier chapitre de notre thèse.

Le second, le plus important, sera consacré à l'étude des indications.

Nous rechercherons successivement celles que nous pourrons trouver dans le cas de dystocie dûs.

1^o Aux bassins viciés.

2^o Aux fibromes de l'utérus.

3° Au cancer utérin.

4° Enfin, aux divers états pathologiques empêchant l'accouchement de se terminer par les voies naturelles.

Nous serons amenés au chapitre final, celui des conclusions que nous nous efforcerons de faire aussi conformes que possible aux données actuelles de la science.

Mais avant de commencer ce travail, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à ceux qui furent nos maîtres dans les études médicales : MM. les professeurs Poncet, Bondet et Fochier, les docteurs Clément, Vinay, etc., des hôpitaux de Lyon.

C'est avec un profond respect que nous rendons hommage à la mémoire du professeur Léon Tripier, de la faculté de Lyon, dont nous avons été l'externe.

Pendant notre internat dans les hôpitaux du Havre, nous avons toujours rencontré un accueil sympathique de la part de ceux qui furent nos chefs de service ; nous leur adressons ici nos sincères remerciements.

Nous tenons à exprimer tout particulièrement notre gratitude à M. le docteur Sorel, chirurgien des hôpitaux du Havre, qui nous a, à la suite d'une observation personnelle, donné l'idée de ce travail, et qui nous a toujours prodigué ses conseils avec une inépuisable complaisance.

Enfin, que M. le professeur Pinard, dont nous avons été l'élève, veuille bien agréer ici l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique

D'une façon générale, nous définirons l'opération césarienne : « Une opération ayant pour but d'extraire, après une incision faite aux parois abdominales, un fœtus contenu dans la cavité utérine ». Nous ne comprendrons donc pas dans cette définition ce que Lauverjats avait appelé à tort l'opération césarienne vaginale et qui consistait dans l'extraction du fœtus par les voies naturelles après des incisions pratiquées sur le segment inférieur de l'utérus.

Telle que nous la formulons, la définition de l'opération césarienne élimine également l'ouverture de l'abdomen pour donner issue à un produit de conception accidentellement développé hors de l'utérus, c'est-à-dire l'intervention pratiquée dans les cas de grossesse extra-utérine. Actuellement il y a trois façons de se comporter au point de vue opératoire, à la suite de l'opération césarienne ; on peut, le fœtus étant extrait :

- 1^o Suturer l'utérus sans en rien enlever.
- 2^o Faire l'ablation du corps de l'utérus et des annexes.
- 3^o Faire l'extirpation complète de la matrice et des annexes.

Ce qui peut se résumer dans un langage plus concis et plus chirurgical en :

- 1^o Hystérotomie.

2° Amputation utéro-ovarique.

3° Hystérectomie abdominale totale.

Voyons un peu, dans un aperçu historique, comment ont pris naissance les diverses interventions.

I. — *Opération césarienne.*

Et d'abord pourquoi césarienne ?

S'il faut en croire Pline l'ancien et les historiens autorisés, le premier des Césars aurait été extrait par incision abdomino-utérine du sein de sa mère qui venait d'expirer. Donna-t-il, comme le veulent les uns, son nom à cette façon nouvelle d'entrer dans la vie, ou bien, comme d'autres l'affirment, ne fut-il surnommé César qu'à cause de sa naissance : « *A Cæso matris utero* » ? C'est là, il faut l'avouer, une question d'un intérêt tout historique et bien médiocre au point de vue obstétrical.

Quoi qu'il en soit, on peut voir que l'opération césarienne remonte à la plus haute antiquité.

Elle fut d'abord pratiquée sur les femmes récemment mortes à une époque plus ou moins avancée de la grossesse. Cette manière de faire fut d'ailleurs érigée en loi par un des premiers rois de Rome, Numa Pompilius, qui décréta par la « *lex régia* » la défense d'inhumer une femme enceinte sans en avoir préalablement extrait le fruit.

Longtemps mise en vigueur dans les différents pays tombés sous la domination romaine, cette loi a été sanctionnée par le Christianisme et adoptée comme loi civile par la plupart des États du Nord, surtout de l'Allemagne.

Personne d'ailleurs n'ignore qu'assez longtemps les pré-

ceptes théologiques enseignèrent au Clergé catholique la façon de pratiquer l'opération césarienne sur la femme enceinte frappée de mort subite, lui en faisant, en l'absence d'un homme de l'art, une obligation formelle, afin de pouvoir baptiser un fœtus ayant quelques chances de vitalité.

Il est fort heureux que la loi civile ne corrobore pas de tels errements. Comment admettre, en effet, que le ministre d'un culte soit apte à faire, et cela sans perdre de temps, le diagnostic parfois si difficile de la mort réelle, et ne s'expose à opérer sur une femme en état de mort apparente ?

On se souvient encore d'un exemple assez récent d'un fait de ce genre et qui fit certain bruit dans la presse extra-médicale. Le journal. « *Le Temps* » du 15 novembre 1895, en fait la relation suivante :

« Le parquet d'Ambert vient d'opérer au village de la
« Massetterie, commune d'Olliergues, une descente de
« justice motivée par les faits suivants : Ces jours der-
« niers, la femme Grollet qui était enceinte, tomba malade ;
« un commencement d'urémie se déclara ; le docteur
« Giraud, maire et conseiller général d'Olliergues fut
« mandé pour lui donner des soins. M. Giraud vit la ma-
« lade et prescrivit une ordonnance. Le lendemain ma-
« tin on vint le prévenir en hâte qu'elle était au plus mal.
« Prévoyant une crise d'éclampsie, le docteur se rendit
« aussitôt à la Massetterie. Prévenu en même temps que
« lui, l'abbé Gilbertas, vicaire à Olliergues, s'y rendit lui
« aussi pour porter le Viatique à la malade et arriva le
« premier. La malade vient de mourir, dit-on à l'ecclé-
« siastique. Et l'enfant ? Y a-t-on songé ? Riposta celui-ci ?

« Peut-être, il est temps encore. Il faut le baptiser ».

« Le mari, le père et la mère de la malheureuse se ré-
« crièrent, mais sans s'opposer positivement à l'opération
« qui devait permettre de baptiser un fœtus de six à sept
« mois. Laissez-moi dit l'abbé. Et il resta dans la chambre
« de la morte avec un seul témoin, une vieille femme de
« soixante douze ans. Puis sans tarder, le vicaire prenant
« son couteau de poche commença l'opération ; mais le
« couteau ne coupait pas suffisamment. L'abbé en de-
« manda un plus tranchant à la vieille femme qui as-
« sistait à la sinistre besogne. Celle-ci alla chercher
« un couteau plus fort et plus affilé, le couteau du
« mari, paraît-il, et l'abbé put continuer son œuvre. Une
« entaille de quarante à quarante cinq centimètres per-
« mettait de sortir le fœtus mort. L'abbé le baptisa et,
« après s'être lavé les mains, il se disposa à regagner
« Olliergues. Sur le seuil de la maison, le vicaire ren-
« contre le docteur Giraud, auquel il dit : Vous savez,
« la malade est morte, mais c'est fait. Et il partit, on juge
« de la stupéfaction du docteur quand il comprit après
« avoir vu la morte, ce que signifiaient ces deux mots :
« c'est fait.

« Le jour même M. Giraud se rendit à Ambert, où il
« prévint le parquet. Celui-ci a fait une enquête dont on
« ignore encore le résultat. On ne sait pas encore pour le
« moment si l'abbé Gilbertas a pratiqué l'opération césa-
« rienne sur une morte ou une femme vivante encore
« plongée dans une crise d'éclampsie, dans un état qui
« ressemble fort à la mort. On ignore, par conséquent,
« s'il sera poursuivi pour homicide par imprudence ou
« traduit en justice pour exercice illégal de la médecine ».

Quoi qu'il en soit, pendant des siècles, on n'employa que l'opération césarienne post-mortem. Et il faut arriver au xiv^e siècle de l'Ère chrétienne pour voir mentionner l'opération pratiquée sur la femme encore vivante (Nicolas de Falconius, 1400). Sacombe raconte qu'Henri VIII, roi d'Angleterre, aurait fait extraire du ventre de Jeanne Seymour vivante, Edouard VI qui vécut 16 ans, alors que sa mère mourut quelques jours après.

Les bibliographes sont d'accord pour faire remonter à 1500 la première intervention authentique sur la femme vivante. Vers cette époque, dit Ch. Bauhin, un châtreur de porcs de Sigershausen en Turgovie, Jacques Nuffer, après en avoir obtenu la permission de l'autorité locale, ouvrit le ventre de sa propre femme, depuis plusieurs jours en travail et put en extraire un enfant vivant, alors que plusieurs sages-femmes n'avaient pas réussi à délivrer la parturiente.

Malgré ce succès des plus encourageants, cet exemple ne fut pas suivi et l'opération césarienne fut considérée comme impossible par tous les médecins de l'époque, et condamnée par le plus autorisé d'alors, Ambroise Paré.

On comprend sans peine quelle révolution dans les idées dut amener la publication de l'ouvrage de Rousset (1) paru quelques vingt ans plus tard en 1581 et où il s'efforce de démontrer que l'hystérotomie n'était pas, comme on le croyait, nécessairement mortelle. Ce fut une polémique des plus vives. Guilleman, Marchand, et de nombreux chirurgiens de Paris, à la suite d'Ambroise Paré,

(1) ROUSSET. *Traité nouveau de l'hystérotomie ou enfantement césarien*. Paris, 1581.

mettant en doute l'authenticité des observations de Rousset, condamnent à tout jamais sa manière de voir. Mauriceau (1) y joint l'autorité de sa parole. Cependant, tout en manifestant son hostilité, il croit bon de modifier la technique décrite par Rousset qui préconisait l'incision latérale, et de lui substituer l'incision médiane sur la ligne blanche.

Malgré cela, diverses tentatives furent faites, si bien qu'en 1761, Simon (2), pouvait, dans un Mémoire à la Société de Chirurgie, rassembler 64 cas et préciser les indications qu'il résumait dans la mauvaise conformation des os du bassin de la mère, les rétrécissements cicatriciels du vagin et certaines déchirures de l'utérus avec passage de l'enfant tout entier dans l'abdomen.

Levret (3) (1770) préconise une incision parallèle à la ligne blanche.

Deleurye (1778) rappelle l'attention sur le procédé de Mauriceau.

Lauverjat (4) (1788), croyant bon d'attaquer l'utérus par son fond, propose une incision transversale entre le muscle droit et la colonne vertébrale.

Millot, Osiander, Stein, modifient les incisions chacun à leur façon, si bien que, comme le dit Baudelocque : « Il n'y a presque aucun endroit du bas ventre où l'on n'ait

(1) MAURICEAU. *Traité des maladies des femmes grosses*. Paris, 1721.

(2) SIMON. *Recherches sur l'opération césarienne. Mémoire à l'Académie royale de chirurgie* 1761.

(3) LEVRET. *Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux*. Paris 1770

(4) LAUVERJAT. *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne* Paris 1788.

pratiqué l'incision extérieure dans l'opération césarienne ». Il faut remarquer cependant que seule la topographie de l'incision préoccupe et divise tous les opérateurs, alors que pas un d'entre eux ne songe à suturer l'utérus.

Tel était l'état de la question lorsque survint un nouvel élément de discorde : nous avons nommé la symphyséotomie.

Le 22 mars 1773, J. R. Sigault soutenait devant l'école d'Angers une thèse qu'il intitulait : « *An in partu, contra naturam sectio, symphyséum ossium pubis sectione cesarea promptior et tutior* », et où il exposait ses recherches sur l'opération nouvelle. L'académie de chirurgie fit aux travaux de Sigault un accueil plutôt défavorable, tandis que la Faculté de Médecine décréta que, « pour récompenser l'inventeur d'une découverte si utile à l'humanité, on ferait graver une médaille en son honneur comme témoignage de reconnaissance et d'admiration. »

L'occasion ne tarda pas d'être donnée à Sigault de mettre ses idées à exécution, et, le 30 septembre 1777, il pratiqua, en présence d'Alph. Leroy à Paris, la première symphyséotomie sur une femme Souchet mariée à un soldat du guet. L'opération eut une réussite complète. Ce fut un enthousiasme débordant. L'Académie de chirurgie qui avait d'abord repoussé Sigault ne voulut pas revenir sur son premier jugement, tandis que la Faculté de Médecine se fit un devoir d'applaudir à ses succès.

Malheureusement, les insuccès ne tardèrent pas à se montrer. Dans trois autres opérations de Sigault les enfants succombèrent ; dans la cinquième la mère et l'enfant périrent. En France et à l'étranger diverses tentatives fu-

rent faites avec des succès divers, pour la plupart négatifs.

Ce fut alors que se produisit une réaction générale contre la méthode nouvelle et dès ce moment les accoucheurs se divisèrent nettement en deux camps : symphyséotomistes d'une part, césariens de l'autre. Ce fut le commencement d'une polémique acharnée à laquelle prit part jusqu'au public extra-médical. La discussion doctrinale dégénéra en querelle d'écoles. Il n'y avait plus d'indifférents : les chirurgiens se montraient partisans de l'opération césarienne, les médecins étaient pour la plupart symphyséotomistes, et il faut consulter les mémoires du temps pour avoir une idée de la violence d'une telle polémique. M. Desforges dans sa thèse inaugurale en fait un historique intéressant. Capuron s'exprime ainsi :

« Qu'on s'imagine deux partis en présence qui se font
« une guerre de plume, qui se battent ou se disputent sans
« trop s'entendre, qui, aux bonnes ou aux mauvaises raisons dont ils cherchent à faire valoir leur cause respective, ajoutent le plus souvent des injures grossières
« sans la rendre meilleure, qui, enfin, sont obligés de se
« séparer et d'abandonner l'arène sans avoir presque rien
« décidé, et l'on aura une idée abrégée, mais exacte, de
« la fameuse querelle qui divisa trop longtemps les césariens et les symphysiens ».

Parmi les principaux adversaires de la symphyséotomie, il faut citer les noms de Saccombès, Lauverjat, Piet, Sue et surtout Baudelocque. Ce dernier sut gagner à sa cause la Société de médecine, car en 1798, il amenait cette assemblée à déclarer :

1^o Qu'il est démontré par l'expérience qu'il existe des

cas dans lesquels l'accouchement est impossible par les voies naturelles.

2° Que dans beaucoup de ces cas l'opération césarienne est le seul moyen qui donne l'espoir de sauver la mère et l'enfant.

3° Que cette opération, quoique grave, a été souvent pratiquée avec succès et qu'il est du devoir du médecin de recourir à cette opération dans les cas déterminés par l'accoucheur.

Sans décrire au complet le manuel opératoire de l'hystérotomie, telle qu'on la pratiquait à cette époque, ce qui sortirait du cadre de cet historique, il est bon d'examiner la façon dont procédaient les opérateurs d'alors.

Les anciens auteurs étaient très réservés vis à vis de la suture en général. Deleurye, Lauverjat, rejetaient la suture de la plaie abdominale, et dans le cours de deux siècles, un seul opérateur, Lebos, osa tenter de fermer la plaie utérine. Au commencement du xix^e siècle, le manuel opératoire de l'opération césarienne est à peu près arrêté :

Après incision, Mauriceau-Deleurye, c'est-à-dire sur la ligne blanche.

1° On divise la paroi abdominale, puis le péritoine avec un bistouri boutonné et sur la sonde cannelée.

2° On sectionne l'utérus sur une longueur de cinq à six pouces en décollant la placenta s'il se rencontre sur l'incision.

3° On procède à l'évacuation de l'utérus.

La plaie est nettoyée, l'utérus est vidé de ses caillots, on fait ou non quelques points de suture sur l'abdomen, en laissant un séton dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement à la charpie.

L'hémorrhagie est combattue à l'aide d'injections d'eau froide et de frictions utérines. Comme on le voit, c'était simple.

Quels étaient les résultats d'une semblable intervention ?

Nous emprunterons au travail de Blanc sur l'opération césarienne publié dans les *Archives de tocologie* (1) le tableau suivant dû à Meyer et donnant la mortalité dans les différents pays.

Angleterre	480	opérées	236	guérisons	244	mortes	= 50 0/0
Allemagne	712	—	332	—	380	—	= 53
France	344	—	153	—	191	—	= 55
Belgique	11	—	4	—	7	—	= 63
Italie	46	—	5	—	41	—	= 87
Amérique	12	—	8	—	4	—	= 33

La septicémie, la rupture utérine, l'hémorrhagie et d'autres causes encore se partagent cette mortalité. Mais ce qui demeurerait pour tous les auteurs la grosse difficulté, c'était la réunion de la plaie utérine.

Restait, en effet, un utérus béant, à bords écartés, où les produits de sécrétion si facilement infectés avaient beau jeu pour se déverser dans la cavité péritonéale. Il s'agissait de trouver un procédé pour obvier à cet inconvénient qui était la vraie pierre d'achoppement.

On essaya pour cela différents procédés que nous rangerons avec Blanc, d'après leur ordre d'apparition, sous les trois chefs suivants :

1° La suture utérine.

(1) BLANC. *Opération césarienne*. — *Archives de tocologie* 1890
1^{er} Semestre

2° La suture utéro-pariétale.

3° La suture séro-séreuse.

Recoudre la matrice devait être l'idée la plus naturelle et la première qui devait se présenter à l'esprit des opérateurs, et cependant jusqu'à notre siècle, un seul avait osé refermer la plaie utérine. Ce fut Lebas, chirurgien de Mouilleron qui, après une gastro-hystérotomie, appliqua trois points de suture sur la matrice et les retira quelques jours après. La réunion se fit et l'opérée guérit.

En 1835, Wiesel de Gulsenbuch (1), Godefroy (2) en 1840, puis Malgaigne, Scanzoni, Bonnet, Stoltz, Cazin, Harris, Fochier, Sanger, et une foule d'opérateurs pratiquèrent des sutures de l'utérus. Tous les moyens possibles furent essayés. Aux fils métalliques succédèrent les soies et à celles-ci les catguts qui donnaient de si belles promesses en chirurgie générale, et les résultats n'en étaient pas plus brillants pour cela. Toutefois, les statistiques donnent la supériorité à la suture métallique sur le catgut.

Cependant, comme la guérison ne se produisait le plus souvent qu'avec des adhérences solides entre la face antérieure de l'utérus et la paroi abdominale, ce qui avait l'avantage de s'opposer à l'écoulement des liquides dans le péritoine, l'idée ne tarda pas de venir aux opérateurs de suturer la paroi à la matrice.

Ce procédé qui, avait en outre l'avantage de prévenir l'hémorrhagie et de faciliter l'ablation des fils, devait être tentant.

(1) STOLTZ. *Annales de Gynécologie*, 1836.

(2) GODEFROY. *Opération césarienne. Gazette des hôpitaux*, 1840.

En 1854, Pillore (1) proposa une suture abdominale à points séparés. A sa suite, Martin, 1864. Barnes en Angleterre, Lestoquoy et Tarnier en France se montrèrent partisans de la suture utéro-abdominale. Enfin Sanger, dans le but d'éviter l'infection, proposa une suture à points séparés fixant en dedans et en dehors de la ligne de section le péritoine viscéral (utérin) au péritoine pariétal (abdominal).

Devant la médiocrité des résultats, les opérateurs se demandèrent si on ne pouvait pas faire pour l'utérus ce qu'on faisait pour la vessie ou l'intestin, une suture avec adossement des surfaces séreuses, comptant sur les propriétés adhésives du péritoine avec production de fausses membranes. Sanger, convaincu de la possibilité d'avoir une réunion rapide de la plaie utérine, préconisa un procédé dans lequel on faisait :

1° Une suture superficielle séro-séreuse.

2° Une suture profonde aux fils d'argent jetée sur la musculaire, à l'exclusion de la caduque.

3° Enfin le drainage utéro-vaginal à l'aide de deux tubes de caoutchouc accolés.

La même année, Léopold à Leipzig (2) opéra d'après le même procédé légèrement modifié, c'est-à-dire qu'avant d'affronter les deux feuillets péritonéaux, il taillait dans l'épaisseur du muscle utérin deux tranches en forme de

(1) PILLORE. *Considérations tendant à prouver la nécessité de réunir chaque lèvres de la plaie utérine*, etc. *Gazette des hôpitaux*. 1854.

(2) LÉOPOLD. *Zur Kaiserschnitt. uterus naht nach interminirung der serosa nüd resection der musculaires*. *Arch. für Syn.* (1882).

coin dont la base correspondait à la séreuse et la pointe à la caduque. La malade guérit.

On voit d'ailleurs que les statistiques vont en s'améliorant. L'ère des doctrines Pasteuriennes et des méthodes antiseptiques était ouverte et une intervention telle que l'hystérotomie, où il fallait mettre à nu le péritoine, était au premier plan pour y trouver son bénéfice.

La technique de Sanger fut cependant un peu modifiée, en particulier, quant à la résection de la couche musculaire de l'utérus et de la suture sympéritonéale qui compliquaient inutilement l'opération, mais les préceptes de Sanger ont toujours été respectés, à savoir, le passage des fils en dehors de la muqueuse et un nombre suffisant de sutures. Müller compléta l'opération en ajoutant dans un but hémostatique un lien élastique serrant la base de l'utérus. Mais Caruso croit devoir ajouter que « l'emploi de « lien élastique devrait être réservé pour les cas où une « hémorrhagie existante le rend indispensable, et pour « ceux dans lesquels l'opérateur ne dispose que d'un personnel insuffisant. »

En résumé, et à part ces quelques modifications, c'est à Sanger et à Léopold que revient l'honneur d'avoir fixé la technique opératoire de l'opération césarienne.

II. — *Amputation utéro-ovarique ou opération de Porro.*

Dans l'historique qui précède, nous venons de voir que le grand écueil de l'hystérotomie résidait dans la difficulté d'obtenir la réunion de la plaie utérine ; aussi cer-

tains opérateurs ont-ils demandé à un traitement plus radical la solution du problème.

Supprimer l'utérus pour supprimer la cause de complications trop souvent mortelles, c'était bien audacieux, mais bien tentant.

Déjà les expérimentateurs avaient ouvert la voie.

Joseph Cavallini (1) à Florence en 1768 avait montré que l'ablation de la matrice chez certains animaux n'était pas nécessairement mortelle.

En 1823, Blundell (2) après l'extirpation de l'utérus et la guérison de lapines venant de mettre bas se demande si « lorsque l'opération césarienne est faite et que la « malade trop affaiblie semble incapable de faire face aux « désordres qu'elle a subis, on ne pourrait pas enlever la « matrice tout entière ! »

Après diverses expérimentations sur les animaux faites par Feser en 1862 et Rein en 1876, c'est à Porro qu'il était donné de répondre à la question en pratiquant pour la première fois l'ablation de l'utérus, après en avoir extrait le contenu par voie abdominale. Cependant, s'il en faut croire l'école américaine, un des leurs, Storer, faisant l'opération césarienne en 1869, pour un utérus fibromateux et se trouvant en face d'une hémorrhagie menaçante pour les jours de la parturiente, se décida à amputer l'utérus. L'opérée mourut trois jours après. Ce n'était, comme on le voit, qu'une inspiration pour répondre à une indication d'urgence, et il faut laisser à Porro l'honneur d'avoir créé une méthode opératoire.

(1) CAVALLINI. Voir Müller. *Central für Gynec. Britisch méd. journ.* 1884.

(2) BLUNDELL, *the Lancet*. Londres 18'8.

C'est le 21 mai 1876, qu'il fit pour la première fois l'opération qui porte son nom (1). Le sujet était une primipare de 25 ans à bassin rachitique. Une fois les premiers temps de l'opération césarienne remplis, l'utérus vidé de son contenu, il sortit cet organe de l'abdomen et passa autour du col, au niveau de l'orifice interne, un gros fil de fer monté sur un serre-nœuds de Cintrat, Puis, la constriction faite, il sectionna l'utérus avec des ciseaux, à deux centimètres au dessus du fil et fixa le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, après l'avoir badiageonné au perchlorure de fer.

L'anse constrictive se détacha le 25 juin, et, au bout de six semaines la malade était guérie.

L'exemple de Porro fut suivi, mais sans grand succès. Les huit cas qui suivirent donnèrent la mortalité de 7/8, c'est-à-dire 90 %.

Devant ces résultats, on chercha à perfectionner la méthode de Porro.

Il s'agissait de trouver un moyen de constriction solide.

On s'adressa au fil métallique réservé, avec différents serre-nœuds, puis aux aiguilles à fixation mises en croix ; d'autres entouraient le pédicule de deux anses métalliques superposées et séparées par les aiguilles à fixation. On usa de l'écraseur de Chassaignac qui était plus hémostatique.

Enfin, Frantzolini (2) employa le premier la ligature élastique déjà préconisée par Telling et par Müller.

(1) PORRO. *Della amputazione utéro ovarica corne compl e mente di Taglio cesaréo*. Milano 1876.

(2) FRANTZOLINI: *Contributo alla ovariectomia et alla laparotomia in Italia Giornal Veneto di scienza méd.* 1879.

Mais ce traitement extra péritonéal du pédicule n'était pas sans inconvénients, car les surfaces excisées, par les liquides irritants et septiques qu'elles sécrétaient, constituaient un bon terrain pour le développement des micro-organismes et une excellente porte d'entrée à l'infection.

Aussi, quelques auteurs, Litzmann, Veit, Zweifel, se risquèrent-ils à réduire le pédicule, en appliquant à l'opération de Porro la technique de l'hystérectomie sus-vaginale.

Quelques-uns, Kind, Barlett, Duchamp (1), tentent l'inversion du pédicule.

Si maintenant on considère dans son ensemble, quelqu'en soient les procédés d'exécution, l'opération de Porro, on voit que la mortalité est sensiblement la même que pour l'opération conservatrice. Pinard (2), dans une importante statistique où il a rassemblé 38 cas, arrive à une mortalité de 45, 4 % et il fait remarquer que jamais l'opération césarienne classique n'avait donné de tels résultats.

Maygrier (3) indique une mortalité de 58 %.

De tous ces chiffres, il ressort que l'amputation sus-vaginale de l'utérus gravide n'expose pas plus les jours de la femme que la simple hystérotomie.

(1) DUCHAMP. *Opération césarienne suivie de l'amputation par le vagin du pédicule artificiellement inversé. Loire médicale*, 15 avril 1886.

(2) PINARD. *De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. Annales de Gyn.* 1879.

(3) MAYGRIER. *Thèse de Paris*, 1880. *De l'amputation utéro-ovarique.*

III. — *Hystérectomie abdominale totale.*

Bien que les deux méthodes précédentes, hystérectomie simple et amputation utéro-ovarique, répondent à la plupart des indications, il est cependant des données cliniques où il faut faire plus encore, telles par exemple la dégénérescence carcinomateuse du col de l'utérus ou l'envahissement de cet organe par le tissu fibreux, comme nous aurons à l'étudier au chapitre des indications.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des cas d'hystérectomies vaginales pratiquées pendant les premiers mois de la grossesse. Seule, l'extirpation totale de l'utérus par voie abdominale, au terme de la grossesse, rentre dans le cadre de l'étude que nous nous sommes proposée.

L'idée de pratiquer une semblable intervention est de date relativement ancienne. Blundell en 1883, Bardenheuer en 1881, de Clistoris (1) en 1882, avaient songé, dans le but de mieux assurer le drainage de la cavité péritonéale à substituer à l'opération césarienne ou à celle de Porro, l'ablation totale de la matrice.

C'est à tort que l'hystérectomie totale pour utérus grvide porte quelques fois le nom d'opération de Bishoff. Bishoff (de Bâle) le 17 décembre 1879 pratiqua, en effet, sur une femme enceinte de huit mois et atteinte de cancer du col avec hémorrhagies abondantes, une hystérectomie totale. Mais avant lui, Schroder, le 27 octobre de la même année, avait fait la même intervention sur une femme en travail également atteinte de cancer du col.

(1) *de Clistoris. La cesaréa estirpazéone totale de l'utérus.*
Déc. 1882.

Cependant l'hystérectomie totale consécutive à une opération césarienne est souvent appelée opération de Freund, car Freund est la premier qui a fixé le manuel opératoire tel qu'il a été longtemps suivi depuis, procédé consistant à jeter d'abord une ligature en chaîne comprenant toute la hauteur des ligaments larges ou même seulement leur moitié supérieure, tandis qu'on place sur leur moitié inférieure l'une des pinces usitées dans l'hystérectomie.

Enfin, ces dernières années, l'hystérectomie abdominale totale, consécutive à l'opération césarienne, a été pratiquée un certain nombre de fois, trois fois notamment à la clinique Baudelocque, dans le service du professeur Pinard, deux fois par Pinard et Segond et la troisième par MM. Varnier et Delbet. Ces deux auteurs ont recueilli, dans un travail paru dans le numéro de Février 1897 des *Annales de gynécologie* les 27 observations publiées jusqu'alors.

Nous verrons dans le chapitre suivant quels sont les cas ayant nécessité ces interventions et les résultats qu'elles ont donné entre les mains de leurs auteurs.

CHAPITRE II

Indications

Avant d'aborder, pour les étudier, successivement les différents cas dans lesquels l'accoucheur pourra être appelé à faire l'opération césarienne, nous voulons signaler certaines indications générales qui sont applicables à tous les cas et qui peuvent être considérées comme les principes fondamentaux qui doivent guider l'opérateur dans le choix de son intervention.

La première de ces indications est d'avoir un fœtus vivant. Le but de l'opération césarienne, ne l'oublions pas, est de sauvegarder l'existence de l'enfant. Mais personne ne songerait à faire courir à une parturiente les chances toujours problématiques d'une laparotomie, alors qu'un fœtus mort pourrait passer, après mutilation, à travers une filière génitale plus ou moins obstruée ou rétrécie. A moins toutefois que l'atrésie du canal pelvien soit telle qu'un fœtus mort et mutilé ne puisse absolument y passer, ou qu'il soit de toute nécessité, pour sauver la mère, de la débarrasser de son utérus infecté ou rompu même renfermant un enfant mort.

Cette manière de voir n'est que le corrolaire tout natu-

rel d'un principe dont le professeur Pinard s'est fait le défenseur, et dont il a voulu imprégner son enseignement, à tel point qu'il fut toujours présent à l'esprit, comme à la vue de ses élèves, à savoir que « l'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu ».

Donc plus d'opérations fœticides.

L'accouchement, pour une cause ou pour une autre, ne peut se terminer spontanément ni à l'aide du forceps ou de la version. Quelles sont les ressources dont dispose l'accoucheur ?

L'enfant est mort ? Pas d'hésitation. C'est à l'embryotomie que l'on doit avoir recours.

Mais si l'enfant est vivant ? Autrefois, l'extraction abdominale était la seule porte de sortie.

Aujourd'hui, dans les cas si fréquents de bassins viciés, l'accoucheur peut souvent disposer de cette ressource si précieuse : la symphyséotomie.

Si la conduite à tenir a été envisagée pendant le cours de la grossesse, on peut encore songer à l'accouchement prématuré.

Embryotomie, symphyséotomie, accouchement prématuré et opération césarienne — nous ne parlons pas du forceps ou de la version — telles sont donc les quatre solutions des cas de grande dystocie.

Nous allons maintenant, dans une étude de chaque cas particulier, examiner quelle part doit revenir à l'opération césarienne, nous appuyant, pour cela, sur l'opinion et les statistiques des auteurs qui se sont occupés de cette question et en tenant compte des ressources dont les données actuelles de la science permettent de disposer au point de vue opératoire, sans perdre de vue ce principe qui a si

naturellement trouvé sa place à côté de celui que nous énoncions tout à l'heure, à savoir que « le devoir de l'accoucheur et de la société est de faire naître les enfants à terme. »

I. — *Viciations du Bassin*

C'est ici que nous devons reconnaître, avec la plupart des auteurs à l'opération césarienne, des indications relatives et des indications absolues.

Pour ces dernières on est assez généralement d'accord ; mais la question se complique quand il s'agit de savoir où commence l'indication relative.

Une hystérotomie dont l'indication est formelle pour tel accoucheur sera plus que douteuse aux yeux de tel autre. Ce n'est qu'à l'examen de chaque cas particulier qu'il sera possible de tirer des conclusions.

Nous commencerons par le rachitisme qui fournit sans contredit le plus grand contingent de bassins viciés.

§ I. — **Bassins Rachitiques.**

Quand peut-on et doit-on faire l'opération césarienne ne

présence d'un bassin rétréci par le rachitisme ? Telle est la question qui doit seule nous intéresser.

Faisons par une division sans prétention scientifique, mais commode pour cette étude trois parts de bassins rétrécis par le rachitisme.

Dans la première sont les bassins dont les diamètres, quoiqu'au dessous de la normale, permettent, à l'aide du forceps ou de la version, de terminer l'accouchement sans une intervention sanglante. Nous les laisserons de côté, ils ne nous intéressent pas.

Nous rangerons dans une deuxième catégorie les bassins dont les dimensions sont telles, que, la femme étant à terme, on ne peut faire passer, sans mutilation, une tête fœtale. On est dans ce cas obligé d'élargir la filière-pelvienne — symphyséotomie — ou de donner à l'enfant une issue autre, que celle par les voies naturelles — opération césarienne. — Nous aurons à voir à laquelle de ces deux solutions il est préférable de s'arrêter et quelle doit être la limite de rétrécissement qui sépare cette classe de bassins de la suivante.

La troisième catégorie, de beaucoup la moins nombreuse, comprendra des bassins tellement exigus que l'agrandissement obtenu par la section des symphyses ne saurait même être suffisant pour laisser passer un fœtus vivant. C'est ici que l'opération césarienne trouve son indication la plus formelle, la plus absolue, puisque l'on n'a pas l'embarras du choix, à moins toutefois que l'accoucheur se soit résolu à pratiquer l'avortement aux trois premiers mois de la grossesse, ou qu'il ne lui ait pas répugné, la femme étant près du terme, de morceler un enfant vivant,

en admettant même que la filière puisse lui donner passage après mutilation.

Il y a quelques années seulement, avant que le professeur Pinard ne remette en honneur la symphyséotomie, la question se posait tout différemment.

Tarnier, dans son cours de 1886, faisait des bassins rachitiques quatre groupes :

1° Bassins de 4 cent. et au dessous; avortement provoqué au début, ou, si la femme désirait un enfant vivant, opération césarienne. Embryotomie à terme impossible.

2° Bassins de 4 cent. à 5 1/2. Même ligne de conduite que dans les cas précédents ou bien embryotomie pratiquée pendant le dernier tiers de la grossesse.

3° Bassins de 5 1/2 à 9 1/2 : accouchement provoqué du 6^e au 9^e mois suivant le degré de rétrécissement.

4° Bassins de 9 1/2 à 11. Interruption de la grossesse tout près du terme, ou expectative d'un accouchement spontané terminé au besoin à l'aide du forceps.

Démelin, dans les *Archives de tocologie* de septembre 1895, expose ainsi la conduite à tenir dans les cas de rétrécissement rachitique du bassin :

L'enfant est vivant :

1^{er} cas, on est consulté à temps, par exemple au début de la grossesse :

a) Si le promonto-pubien est supérieur ou égal à 9,5, on laissera la grossesse aller à terme.

b) Si le promonto-pubien est inférieur à 9,5 mais supérieur ou égal à 8, on provoquera l'accouchement à 8 mois et quart, 8 mois et demi.

c) Si le promonto-pubien est inférieur à 8, mais supérieur ou égal à 7, on provoquera l'accouchement à 8 mois pour

essayer, si le travail ne se termine pas spontanément une application prudente de forceps suivie au besoin d'une symphyséotomie.

d) Si le promonto-pubien est inférieur à 7, mais supérieur ou égal à 5, on fera l'accouchement provoqué à 8 mois et, à la dilatation complète, la symphyséotomie.

e) Si le promonto-pubien est inférieur à 5 ou si le bassin est irrégulier (pseudo-ostéomalacique) on laissera la grossesse aller à terme pour pratiquer alors l'opération césarienne.

2^e cas, on est consulté trop tard, soit par exemple au moment du travail et à terme :

a) Si le promonto-pubien est supérieur ou égal à 9,5, on attendra la terminaison spontanée de l'accouchement, et si elle n'a pas lieu, on aura recours au forceps ou à la version, en même temps qu'à la position dite « à la Walcher ». Avec une tête très dure et très volumineuse, on se comporterait comme dans l'éventualité suivante.

b) Si le promonto-pubien est inférieur à 9,5, mais supérieur à 8, l'enfant se présentant par le sommet, on fera une application de forceps prudente, la femme étant placée dans la position dite « à la Walcher ». En cas d'insuccès on aura recours à la symphyséotomie. Mais si l'enfant est compromis, bien que l'on entende encore les bruits de son cœur, et parcequ'on les entend encore, on essaiera la version pour donner une dernière chance à cet enfant. Si la version est impossible, on fera la basiotripsie. C'est en somme la conduite d'autrefois réservée aux cas où l'existence de l'enfant n'a pas assez de valeur pour faire courir à la mère les risques de la symphyséotomie.

c) Si le promonto pubien est inférieur à 8, mais, supé-

rieur à 7, on aura recours à la symphyséotomie d'emblée suivie d'une application de forceps terminale.

d) Si le promonto pubien est inférieur à 7, on fera l'opération césarienne. On trouvera peut-être excessif de recommander l'opération césarienne pour des rétrécissements compris entre 7 et 5 cent.; mais la symphyséotomie, en pareil cas, serait impraticable ou beaucoup trop dangereuse pour une femme à terme, et la basiotripsie sur un enfant vivant doit être rejetée.

e) Quant aux rétrécissements inférieurs à 5, il n'y a pas d'hésitation possible : c'est à l'opération césarienne qu'on aura recours.

Au 12^e congrès international des sciences médicales tenu à Moscou, du 19 au 29 août 1897, M. Olshausen, à propos des indications de l'opération césarienne dans les rétrécissements pelviens, s'exprime ainsi :

« D'après l'enseignement actuel, il faut reconnaître à
« l'opération césarienne, dans le traitement des sténoses
« pelviennes, une indication absolue et une indication re-
« lative. On entend par indication relative : donner la pré-
« férence à l'accouchement par la voie abdominale sur
« l'accouchement par les voies naturelles, non pas dans
« l'intérêt de la mère, mais dans celui de l'enfant ; mais
« il s'en faut de beaucoup que l'indication relative ait
« jamais obtenu l'assentiment général. Bien au contraire,
« le plus grand nombre des accoucheurs se sont toujours
« prononcés contre l'opération césarienne à indications
« relatives, pour éviter le risque ou la gravité pronostique
« liée à cette intervention de sacrifier la mère au salut de
« l'enfant.

« Or, les éléments du pronostic se sont, à l'heure ac-

« tuelle, complètement modifiés, sans que la thérapie des
« viciations pelviennes, ait subi une modification paral-
« lèle.

« Si on considère maintenant comment sont posées les
« indications de l'opération césarienne, il semblera sur-
« prenant que, depuis longtemps, on ne publie pas plus de
« résultats de l'opération césarienne dans les grandes cli-
« niques de tous pays. A mon avis, le cercle des indica-
« tions de l'opération césarienne reste, dans la plupart
« des cliniques, aujourd'hui plus restreints qu'il ne faut.
« En ce qui concerne les maternités allemandes, celles de
« Dresde et de Leipzig fournissent une ample expérience.

« A Leipzig, Zweifel, il y a déjà nombre d'années, n'a-
« vait eu qu'un décès sur 22 opérations. Je ne sais si, à
« l'heure actuelle, il a substitué totalement la symphyséo-
« tomie à la césarienne, abstraction faite, bien entendu,
« des sténoses pelviennes extrêmes, ou bien si, dans les
« cas de rétrécissement modéré, il ne fait pas tantôt l'une,
« tantôt l'autre de ces deux opérations.

« Léopold a également fait la césarienne dans un grand
« nombre de cas, et, en réalité, avec de très bons résultats.
« Je crois, sous le rapport des indications, penser tout à
« fait comme lui.

« Qu'on réfléchisse que les conditions de l'indication ab-
« solue, indication en vertu de laquelle l'opération n'était
« faite autrefois que dans l'intérêt de la mère, sont tout au-
« tres que jadis.

« Dans beaucoup de cas, en effet, où jadis il ne pouvait
« être question que d'indication relative, l'indication est
« à l'heure actuelle absolue par la raison que la césarienne
« est devenue moins dangereuse pour la mère que l'accou-

« chement par la filière pelvienne, même avec sacrifice
« de l'enfant. A la vérité on tiendra quelque peu, ou même
« beaucoup compte de certaines conditions extrinsèques :
« de l'état de la parturiente au moment où elle se présente
« à notre traitement. On ne fera jamais l'opération césa-
« rienne classique sur une femme sûrement infectée, sans
« tout au moins la faire suivre de l'extirpation totale de
« l'utérus.

« La décision à prendre dépend, en outre, beaucoup de
« cette circonstance : la parturiente à traiter est-elle dans
« un de ces établissements où les laparatomies peuvent être
« exécutées sous le couvert de toutes les précautions né-
« cessaires contre la septicémie. Depuis longtemps ma
« conviction est faite qu'il faut étendre les limites de l'opé-
« ration césarienne, non seulement dans l'intérêt de l'en-
« fant, mais dans l'intérêt des parturientes.

« Si je résume ce que j'ai voulu dire dans ce qui pré-
« cède, voici les propositions qui en découlent :

« 1° Etant donnée la sûreté, à l'heure actuelle, attachée
« à l'opération césarienne sans diminution parallèle des
« dangers des autres opérations obstétricales, les limites
« de l'indication absolue de cette opération dans les sté-
« nose pelviennes se sont notablement étendues ; l'indi-
« cation absolue existe aujourd'hui là où jadis il ne pou-
« vait être question qu'indication relative.

« 2° De même, pour les mêmes raisons, le cercle de
« l'indication relative mérite d'être agrandi, avec cette
« réserve de tenir bien compte des conditions extrinsè-
« ques de chaque cas.

« 3° Pour les mêmes raisons, nous devons actuellement
« en présence de certains états pathologiques — éclampsie,

« néphrite aigue quand elle se complique de dyspnée menaçante — affection valvulaire en cas de suffocation imminente, etc., pratiquer l'opération césarienne, quand on ne peut, facilement et tôt, faire l'accouchement par une autre voie.

Comme on le voit, tandis qu'en France la symphyséotomie a pris un grand pas sur l'opération césarienne, cette dernière perd peu de ses droits chez les auteurs allemands.

Pour ce qui est des bassins dont le promonto pubien est inférieur à 5, 5, on peut poser en principe que l'opération césarienne est formellement indiquée. Si l'accoucheur est appelé au terme de la grossesse, il n'a pas l'embarras du choix ; mais nous croyons pouvoir admettre que, s'il est consulté dans les trois premiers mois, il est de son devoir de prévenir la femme des dangers que lui fera courir l'opération césarienne, et si l'intéressée et son entourage manifestent le désir de n'en pas courir les risques, il est autorisé à pratiquer l'avortement.

Démelin étend jusqu'à 7 cent. la limite au dessous de laquelle on devra pratiquer la césarienne. Ce chiffre qui pouvait être vrai, il y a quelques années ne l'est plus aujourd'hui que la symphyséotomie a sa place dans les opérations obstétricales.

En effet, dans un bassin de 7 cent. on peut obtenir, d'après les calculs de Farabeuf une augmentation qui sera de 19 mm. 23 mm. et 28 mm. pour un écartement interpubien de 5, 6 et 7 cent. ce qui pourra permettre le passage d'une tête de dimensions moyennes.

On sait que la symphyséotomie donne un accroissement d'autant plus grand que l'aplatissement est plus marqué. C'est ainsi qu'un bassin de 6 cent. donne une augmenta-

tion de 24, 26 et 31 mm. pour un écartement interpubien de 5, 6 et 7 cent. Ici encore la symphyséotomie peut être faite. Nous disons peut-être, car il peut y avoir matière à discussion. Mais dans les bassins au-dessous de 6 cent., nous nous rallierons à l'opinion de MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage et nous opterons pour la césarienne.

Du reste, il y a dans l'appréciation de chaque cas, toutes choses égales d'ailleurs, un élément qui est variable, c'est la dimension et la réductibilité de la tête fœtale. Aussi, dans les cas limites, est-il assez difficile de poser une ligne de conduite immuable, sans tenir compte de cette appréciation qu'on peut avec beaucoup d'habitude arriver à déterminer par le « palper mensurateur ».

De tout ce qui précède, nous concluerons que, lorsqu'on se trouvera en présence d'un bassin rachitique dont le diamètre promonto-pubien est inférieur à 6 cent., il faudra, si la femme est à terme et si l'enfant est vivant, avoir recours à l'opération césarienne. Nous en considérons l'indication comme absolue.

L'opération césarienne étant indiquée, devra-t-on faire une simple hystérotomie, ou la faire suivre de l'amputation utéro-ovarique, ou de l'hystérectomie abdominale totale ?

Une statistique relevée par Démelin, en 1895, d'opérations césariennes pratiquées depuis 1887, pour sténoses pelviennes, donne d'un côté, 74 opérations césariennes conservatrices avec une mortalité maternelle de 14 % et une mortalité fœtale de 15 %.

De l'autre : 17 amputations de Porro avec 25 % de mortalité maternelle et 50 % de mortalité fœtale.

D'autre part, nous reportant au travail publié par MM. Varnier et Delbet dans les *Annales de Gynécologie*

de février 97, nous y voyons que ces auteurs ont pu rassembler huit observations d'hystérectomie totale dans le cas de bassins viciés.

I. Bossi (Gênes), 7 janvier 1893.

IV pare de 30 ans à terme, en travail depuis quelques heures, Bassin ostéomalacique, diamètre bi-ischiatique : 55 millim.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie à la Martin.

Ligature et section des ligaments larges. Incision circulaire du péritoine, désinsertion du vagin, hémostase à la soie, suture du vagin et du péritoine.

Guérie sans fièvre. Enfant vivant.

(*Ann. di Ostetr. e. Ginec.* Milan, tome 17, page 74.)

II. RIEPPI (Udine), 29 avril 1894.

I pare de 30 ans. Bassin rachitique, c. v. 55 millim., taille 1,54.

A terme, au début du travail, opération césarienne ; utérus inerte et saignant. Extirpation totale. Suture du vagin et du péritoine. Drainage à la gaze iodoformée par l'angle supérieur de la plaie abdominale, (enlevé le 4^e jour. Suture.

Guérie sans fièvre. Enfant vivant 2.850 gr.

(*Ann. di Ostetr. e. Ginec.* Milan, 1895, n. 1).

III. RIEPPI, 19 juillet 1894.

I pare de 22 ans. Conjugué vrai 55 millim., amenée en travail (depuis la veille), examinée au dehors. Poche rompue.

Opération césarienne suivie d'extirpation totale indiquée à la fois par l'inertie utérine et le rétrécissement absolu. Drainage par la plaie abdominale, (enlevé le 5^e jour, suture).

Guérie ; fièvre légère, sortie le 20^e jour.

Enfant vivant : 3,600 gr.

(*Ann. di obst.*)

IV. RIEPPI, 15 juin 1895.

Ipare. Conjugué vrai de 45 millim. Envoyée par un médecin de la ville, en travail, poche rompue.

Opération césarienne et hystérectomie totale. Pas de drainage.

Guériesans réaction. Sortie le 18 août. Enfant vivant 3.000 gr.

(*Ann. di ost. idem.*)

V. M. SCHAUTA 21 février 1895.

XI pare de 43 ans. Bassin ostéomalocique à rétrécissement absolu.

Opération césarienne au début du travail, suivie d'hystérectomie totale. Suture du péritoine.

Guérie. Enfant vivant.

(*Monatschr. f. Geb. in Gyn.* t. 2. p. 152.

VI. PANTALONI Marseille 22 juin 1896.

I pare de 28 ans, à terme, ankylose des deux hanches, suite de coxalgie. Accouchement jugé impossible par les voies naturelles. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. Drainage abdominal les trois premiers jours.

Guérie ; suites comme celles d'un accouchement normal, se lève le 21^e jour. Enfant vivant. 2,300 gr.

(*Archives provinc. de chir.* 1^{er} février 1897.)

VII. PINARD ET SEGOND, 16 décembre 1896.

I pare de 32 ans ; à terme, à la clinique depuis 2 mois. Bassin rachitique asymétrique. Conjugué diagonal 78 millim. Enfant vivant.

Opération césarienne au début du travail par Pinard. Hystérectomie abdominale totale par Segond. Drainage vaginale, (méthode américaine).

Guérie ; drainage enlevé le 13^e jour, se lève le 21^e jour. Enfant vivant 3,600 gr.

Bulletin acad. méd. 19 janvier 1897.

VIII. PINARD ET SEGOND, 28 janvier 1897.

I pare de 41 ans, à terme en travail depuis 21 heures, amenée du dehors, examinée en ville par une sage-femme et un médecin, albuminurique. Bassin rachitique. Conjugué vrai 75 à 80 millim. Œuf ouvert. Liquide vert. Battements irréguliers 120 à 170. Température 37°4. Pouls 120.

Opération césarienne par Pinard, hystérectomie totale par Segond, comme précédemment.

Morte 50 heures après. La température n'a pas dépassé 37°8. Pouls 120 à 160. Vomissements ; ballonnement considérable du ventre. Faciès abdominal, extrémités froides. Autopsie ; pas de péritonite évidente ; deux cuillerées de liquide sanguinolent.

Enfant vivant 2,850 gr., ranimé après 15 minutes d'insufflation.

(Observation inédite.)

Comme on le voit, ces 8 opérations ont donné 8 enfants vivants et un seul décès du côté de la mère, soit une mor-

talité maternelle de 12,5 0/0. Il faut avouer que ce sont là des chiffres des plus encourageants. Aussi le professeur Pinard n'a-t-il pas hésité à préférer l'hystérectomie abdominale totale à l'opération de Porro.

« Partisan jusqu'alors de l'opération césarienne suivie
« de l'amputation utéro-ovarique, excellente opération qui
« m'a donné de très bons résultats, et encore dans deux
« cas l'année dernière, j'ai modifié ma manière de faire,
« non pas seulement parce que l'absence de moignon
« rend les suites opératoires beaucoup plus courtes, mais
« encore et surtout parce que cette nouvelle opération,
« pourra à mon avis, permettre de pratiquer avec succès
« l'opération césarienne dans les cas d'utérus infectés, ce
« qu'on n'osait pas faire et ne faisaient pas jusqu'à pré-
« sent les Césariens les plus résolus ».

Mais il ne faut pas oublier que ces hystérectomies sont de grandes interventions, toutes pratiquées dans les cliniques par des praticiens éminents, où l'accoucheur passe souvent la main au chirurgien de profession, avec une instrumentation complète, une assistance d'élite, une asepsie et une antiseptie parfaites.

Bien différentes sont les conditions, où peut se trouver le praticien de la ville ou de la campagne (1) étant

(1) Au moment d'envoyer ces pages à l'impression, nous lisons dans le n° du 16 mars du *Bulletin médical* la relation bien intéressante d'une opération césarienne pratiquée dans la commune de Guehermo (Morbihan) par le docteur Laurent. Il s'agit d'une rachitique dont le bassin mesurait 4 cm 4 et en travail depuis quatre jours. Malgré un milieu des plus misérables, dont il faut lire la description pour avoir une idée, le docteur Laurent, au mépris des craintes que pouvait lui faire avoir un récent exemple prit le parti héroïque de faire une opération césarienne et au prix

en présence d'une femme en travail à bassin fortement rétréci ayant dans son utérus un produit de conception vivant et qu'il faut extraire sans retard. Que fera-t-il ? Pour tentante que soit une hystérectomie totale, même si l'opérateur est doué d'un tempérament chirurgical, nous croyons qu'il serait téméraire de sa part, d'aborder une intervention à la portée seulement d'un petit nombre. Il devra se contenter de la simple hystérotomie, de l'opération césarienne conservatrice. Cette dernière aura en outre, l'avantage — dans certains cas ce peut être un avantage — de permettre une grossesse ultérieure et la naissance d'un enfant vivant par le même procédé, car il est parfaitement démontré, comme en font foi plusieurs observations (1), que l'opération césarienne a pu être pratiquée, et cela avec succès — deux et trois fois sur la même femme.

Les opérations radicales ont, en effet, l'inconvénient de frapper à jamais la femme de stérilité. Et, si on se place au point de vue social, que ne devraient jamais faire oublier les préceptes de l'obstétrique, il faut se demander si on a bien le droit de priver la femme d'une maternité future, alors que, traitée en temps opportun, elle pourra à nouveau, à l'aide des ressources dont dispose l'obstétri-

de quelles difficultés !.. Son dévouement eut le succès qu'il méritait il put sauver la mère et l'enfant.

(*Bulletin médical*, 16 mars 98)

(1) CRIMAIL (Pontoise) Opération césarienne pratiquée deux fois sur la même femme (Communication faite à l'Acad. de méd. 24 avril 91).

SHNEIDER. Seconde opération césarienne chez la même femme, (*Centrabb. für gyn* 27 janv. 95).

KORN (Dresde) Opération césarienne pratiquée trois fois sur la même personne.

que, mettre au monde un ou plusieurs enfants vivants.

Nous admettons, bien entendu, qu'il s'agit d'un utérus indemne d'infection ; car, dans ce cas, il faudrait sans hésitation avoir recours à l'ablation consécutive de cet organe par la méthode de Porro, si les conditions dans lesquelles on opère ne permettent pas de tenter l'hystérectomie totale, qui demeure dans ce cas l'opération de choix.

§ II. — Bassins ostéomalaciques.

Ici, comme dans le cas précédent, il ne peut plus être question de diamètre. Les déformations ostéomalaciques se produisent en tous sens et arrivent très rapidement à faire de la filière pelvienne un obstacle infranchissable pour le fœtus.

Si les accidents ostéomalaciques se manifestent au début de la grossesse, et que les déformations soient très accusées, il ne faut pas hésiter, dans l'intérêt de la mère, à provoquer l'accouchement, ou même l'avortement. Mais si l'accoucheur est appelé à intervenir au moment du travail et qu'un examen minutieux du bassin démontre que l'accouchement spontané n'est pas à espérer, il doit se décider à ouvrir l'utérus.

Les cas d'opération césarienne pour ostéomalacie ne sont pas très nombreux. Cependant, il semble résulter des observations recueillies que l'amputation utéro-ovarique aurait une influence curatrice sur l'ostéomalacie.

Fehling, en l'absence d'une théorie meilleure, considère cette affection comme une trophonévrose du système osseux sous la dépendance d'un état pathologique des ovaires, et se montre, de par ce fait, partisan de l'opération de Porro,

Ajoutons que Beaucamp (1) a observé un cas de récédive chez une femme qui avait subi deux ans auparavant l'amputation ovarique.

Toutefois, dans tous les cas où cela sera possible, nous estimons qu'en raison de la stérilité qu'assure à la femme ostéomalacique l'opération de Porro, on devra donner à cette dernière la préférence sur l'hystérotomie conservatrice, l'extirpation totale de l'utérus n'ayant pas encore dans ces cas-là, fait ses preuves suffisantes.

§ III. — Autres viciations du bassin.

Les viciations pelviennes, en dehors du raticisme et de l'ostéomalacie, pouvant nécessiter l'opération césarienne sont de moindre fréquence ; cependant, pour que cette étude soit complète, nous ne devons passer sous silence aucun des cas où l'accoucheur pourra être appelé à pratiquer une opération césarienne.

Toutes les fois qu'un bassin, par ses déformations propres ou parcelles que lui procurent le rachis ou les membres inférieurs, mettra un obstacle absolu à l'issue du fœtus, ce dernier étant vivant, il faut sans hésitation avoir recours à la section de l'utérus.

La bibliographie n'est pas très riche en observations d'hystérotomies pour tous ces cas. C'est ainsi que les accouchements dans les cas de bassin cyphotique sont assez rares ; on trouve la proportion de 1 pour 6000 environ (2).

(1) BAUCAMP. *Récidive d'ostéomalacie après l'opération de Porro.* (*Centralb. für Gynec.*, 9 fév. 93.

(2) KLEIN. *L'accouchement dans le bassin cyphotique* (*Archiv. für Syn.* Bd 4.)

Nous avons relevé, dans le British médical journal de May, 1897, une observation pour cypho-scoliose due à Cousins John Ward (césarien section, Recovery) et où l'auteur, mettant en parallèle l'embryotomie, la symphyséotomie et l'opération césarienne, conclut que seule cette dernière intervention devait être adoptée, d'une part en raison de ce que l'enfant était vivant, et que la section de la symphyse, d'autre part, n'eut pas donné un agrandissement suffisant.

C'est ici surtout que chaque cas particulier trouve son indication ; ainsi nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit à propos des bassins rachitiques : que dans la grande majorité des cas, l'utérus n'étant pas septique, l'opération césarienne devra être préférée, étant plus dans le domaine de la pratique courante, à l'hystérectomie abdominale totale, laquelle demeurera toujours, ou du moins de longtemps, une des besognes difficiles de la chirurgie moderne.

II. — *Tumeurs fibreuses de l'utérus*

Les cas sont assez nombreux dans la littérature obstétricale de tumeurs fibreuses de l'utérus, ayant nécessité

l'opération césarienne suivie ou non de l'ablation totale ou partielle de cet organe.

Mais tandis que, dans les chapitres précédents, le grand point de la discussion a porté sur l'indication de l'opération, qu'elle soit conservatrice ou non, ici le principal intérêt de la question est de savoir si l'opération de Porro ou l'hystérectomie doivent être préférées à la césarienne simple.

Pour ce qui est de l'indication opératoire, sans parler du choix de l'intervention, il est difficile de poser une règle absolue. Chaque cas particulier comporte avec lui sa ligne de conduite.

Se trouvant en présence d'une femme à terme atteinte de fibrome utérin, l'accoucheur aura à tenir compte de plusieurs éléments d'appréciation ; d'une part, le volume de la tumeur, son siège, sa mobilité, ses adhérences, sa vascularisation ; d'autre part, le volume du fœtus, la réductibilité de la tête et les dimensions du pelvie osseux.

Si la tumeur fibreuse est de petit volume, sous péritonéale, haut placée dans la cavité utérine, on peut espérer que l'accouchement se terminera spontanément et il est préférable de ne pas intervenir. Mais lorsqu'on se trouve en présence d'un de ces volumineux fibromes qui encombrent l'excavation et font obstacle au passage du fœtus, que ce dernier soit mort ou vivant, il ne faut pas hésiter à recourir à une opération césarienne.

Que pourrait-on attendre, en effet, d'une embyotomie qui est une besogne toujours répugnante sur un enfant vivant, qui, dans le cas de tumeur volumineuse, ne laisserait pas que d'être très laborieuse et quelquefois impossible et

serait sans bénéfice aucun pour la parturiente, au point de vue de sa lésion utérine ?

L'opération césarienne suivie d'hystérectomie totale ou partielle, a l'avantage d'être une intervention curatrice tout en répondant à l'indication obstétricale immédiate.

La question des fibromes en obstétrique est venue en avril 1897, devant le 5^e congrès de la Société obstétricale de France. Keiffer, de Bruxelles, a fait un rapport des plus complets sur ce sujet.

Pour lui, les indications de l'accouchement prématuré dans les grossesses fibromateuses sont les mêmes que dans les cas de bassins viciés, mais il est plus facile de mesurer les diamètres d'un bassin osseux, dystocique, que de supputer ceux laissés par un utérus garni de fibromes soumis à des variations d'épaisseur, de ramollissement, d'effacement, d'ascension de tumeur vers le fond de l'organe.

Rien de bien précis, donc à cet égard ; mais s'il existe vers 7 mois $1/2$ et 8 mois, un fibrome mural ou vers le Douglas et si l'on pressent par le toucher une sérieuse diminution de diamètres, il faut songer, suivant l'importance du rétrécissement, à l'accouchement prématuré avec ou sans application de forceps, à la symphyséotomie, voire même à l'embyotomie si le fœtus a succombé. S'il arrive que la femme est presque à terme au moment du premier examen et qu'au toucher on reconnaisse l'absolue impossibilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles, il faut attendre que le travail s'établisse et faire l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

L'extirpation du fibrome par opération vaginale paraît bien indiquée lorsque la tumeur est sous-péritonéale, suffisamment accessible et pédiculée pour ne pas compro-

mettre de suite la valeur des tuniques musculaires de l'utérus et lorsque cette tumeur est considérée comme devant former le seul obstacle à l'accouchement.

Les pelvitomies pubiennes ou ischio-pubiennes paraissent surtout indiquées lorsque le siège de la tumeur ou des tumeurs est au segment inférieur de l'utérus. En ce point, les diamètres osseux pourront être suffisamment réduits par l'épaisseur des parois utérines pour réaliser les conditions favorables d'une intervention sur le bassin et trop peu altérés pour qu'on songe à faire prévaloir l'opération césarienne.

Enfin l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes, pratiquée sous forme d'amputation utéro-ovarique de Porro ou suivant les procédés plus radicaux sont nettement indiquées.

1° Lorsque les tumeurs fibreuses sont déjà dignes de cette extirpation indépendamment de toute complication de grossesse.

2° Lorsque la tumeur s'étant produite et arrêtée, les tumeurs occupent une situation qui rende tout accouchement impossible.

3° Lorsqu'il y a de sérieuses présomptions de dégénérescence des tumeurs fibreuses ou de suppuration ou d'infection consécutives à une rétention placentaire.

4° Enfin, après l'opération césarienne légitimée par des tumeurs fibreuses.

Comme on le voit, l'opération de Porro était la plus en faveur, dans les cas d'utérus fibromateux.

Le 6 juillet dernier, le professeur Pinard donnait lecture à l'Académie de médecine de trois observations d'opérations césariennes dont deux pour fibromes utérins.

Dans l'une, dûe au docteur Lecerf, de Valenciennes, il s'agit d'une femme atteinte de dystocie pour fibrome logé dans l'excavation, on pratique une opération césarienne conservatrice qui fut suivie de guérison pour la mère et pour l'enfant.

La seconde est celle d'une femme également atteinte de fibrome et chez laquelle l'opération césarienne fut suivie de l'hystérectomie abdominale totale. Cette observation nous a paru suffisamment instructive au point de vue de la question qui nous occupe pour être rapportée *in extenso*.

Opération césarienne suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail, atteinte d'un gros fibrome de l'utérus. — Extraction d'un enfant vivant. — Guérison. Par le docteur MOUCHET, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Sens, membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Une femme M..., âgée de 38 ans, très bien portante, a eu onze grossesses. 5 enfants vivent encore.

Il y a 18 mois, elle a remarqué que son ventre grossissait et que ses règles devenaient plus abondantes. Elle se présenta à notre consultation et nous constatons l'existence d'un corps fibreux assez volumineux, développé à gauche et remontant jusqu'à l'ombilic. Comme elle n'en éprouve aucune gêne sérieuse, nous lui recommandons de revenir si la tumeur augmente ou si une nouvelle grossesse survient.

Onze mois après, en octobre dernier, cette femme entre à la maternité ressentant quelques malaises et se disant sur le point d'accoucher. Nous reconnaissons une grossesse de 8 mois à 8 mois et demi, mais le ventre est irrégulièrement développé. A gauche, on sent une tumeur occupant une partie de l'abdomen et dépassant l'ombilic ; à droite, l'utérus fait une

saillie considérable jusqu'au sternum et sous le diaphragme. Les deux tumeurs se confondent en une seule sur la ligne médiane où il existe une sorte de sillon profond, constituant ainsi une ligne de démarcation très nette. A gauche la palpation donne une sensation plus dure qu'à droite et l'on perçoit les parties fœtales.

La tête est située en bas au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, le dos en avant et en dehors et le siège en haut. Le maximum des bruits du cœur est à droite et en bas. Le toucher vaginal fait constater que le col très élevé est porté en dehors et à droite qu'il est en partie effacé et assez dilaté pour admettre un doigt. On ne sent aucune partie fœtale, mais seulement les membranes. A gauche, tumeur dure faisant corps avec l'utérus et occupant la plus grande partie du bassin,

Comme il n'existe, au moment de notre examen, aucune douleur, nous prévenons la femme M..., qu'elle ne pourra accoucher naturellement et qu'une intervention grave sera nécessaire.

Il est convenu d'autre part, que nous serons avertis, dès le début du travail ou aussitôt après la rupture des membranes. La poche des eaux se rompt à onze heures du soir. Mais comme la parturiente n'accuse que de très légères douleurs, on ne juge pas à propos de nous envoyer chercher.

Le lendemain, à 9 heures seulement, nous constatons, par les parties maternelles, l'écoulement d'une certaine quantité de méconium.

Les battements du cœur de l'enfant sont faibles, aucune partie fœtale ne se présente, contractions utérines très modérées.

Nous décidons de pratiquer aussitôt une opération césarienne, suivie de l'ablation de l'utérus et du fibrome.

Pour vaincre l'hésitation de quelques-uns de nos confrères appelés à donner leur avis, nous proposons, une fois la malade sous le chloroforme, d'introduire la main dans le vagin pour

s'assurer de l'impossibilité absolue de l'accouchement par les voies naturelles.

L'anesthésie étant complète, nous pouvons à peine engager deux doigts dans le col, tant il est comprimé et refoulé à droite par la tumeur. Nous sentons la tête en O I D A, et, à gauche et en avant, une masse dure, irréductible, qui n'est autre que le fibrome enclavé dans le bassin.

Après nouvelle désinfection des mains, nous pratiquons la laparotomie; incision de 20 à 25 cent. du pubis, au-dessus de l'ombilic; l'utérus gravide et fibromateux apparaît, nous l'attirons en dehors du ventre et pendant que deux aides tiennent un lien élastique au-dessus du col, prêts à serrer pour l'hémostase, nous incisons l'utérus sur une longueur de 10 à 12 cent. à droite, un peu en dehors de la ligne médiane, à cause du fibrome. Plusieurs jets de sang, aussitôt arrêtés par la constriction du lien, s'échappent de la paroi utérine, et nous extrayons rapidement un enfant violacé, mais qui ne tarde pas à respirer. Le placenta est laissé dans l'utérus fortement rabattu en avant pour éviter tout écoulement de sang et de méconium dans le ventre. Nous procédons ensuite à l'hystérectomie. La malade est mise en position inclinée; hémostase préventive seulement sur la partie supérieure des ligaments larges, en dehors des annexes; le lien élastique enlevé, formation d'une collerette péritonéale en arrière, perforation du cul-de-sac de Douglas au niveau du col senti au moyen du doigt, désinsertion du vagin à droite et à gauche et pincement des utérines au fur et à mesure que la dissection les découvre, section du vagin en avant et décollement de la vessie.

L'utérus détaché, des ligatures sont jetées sur les utérines et les utéro-ovariennes très volumineuses, enfin, suture transversale par un surjet au catgut du péritoine antérieur et postérieur.

Toutes les ligatures se trouvent ainsi en dehors de la cavité

péritonéale dans le vagin, qui est lavé au sublimé et tamponné à la gaze iodoformée. La paroi abdominale est fermée par trois plans de sutures, sans drainage.

L'opération a duré environ une heure et demie, sutures et pansement compris. La quantité de sang perdu a été relativement très minime, et le choc opératoire de moyenne intensité. Les suites furent très simples. Pas de vomissements chloroformiques, ni élévation de température, sauf un jour. Les fils furent enlevés le 9^e jour, la réunion était parfaite, malgré l'existence, au niveau de l'ombilic, d'un très petit abcès tari en quelques jours. La guérison était complète et la malade pouvait se lever le 16^e jour.

A aucun moment, la femme M..., qui avait toujours eu beaucoup de lait et avait allaité tous ses enfants, n'a été gênée par le gonflement des seins; ils sont restés flasques, sans sécrétion lactée apparente. L'enfant extrait était une petite fille du poids de 2,700 gr. et bien conformée, quoique venue avant terme; après avoir respiré, crié et bu quelques cuillerées de liquide, cette enfant qui, malgré nos recommandations, n'avait pas été placée dans la couveuse, a succombé 20 heures après sa naissance à des symptômes asphyxiques.

La tumeur enlevée comprenant l'utérus, les annexes et le fibrome, pesait 5 kilos 950 gr. Le fibrome seul, énucléé de sa loge, située en avant, dans le segment inférieur de l'utérus, pesait 1,150 gr.

L'observation que nous venons de citer amène le docteur Mouchet à faire la réflexion suivante: L'impossibilité absolue d'amener un enfant vivant par les voies naturelles étant reconnue, devons-nous sacrifier l'enfant en recourant à l'embryotomie et remettre à une époque ultérieure l'ablation du fibrome avec ou sans utérus?

Nous n'avons pas hésité, l'enfant vivant encore, à pré-

tiquer la gastro-hystérotomie. L'enfant extrait, fallait-il fermer la plaie utérine et différer toute autre opération ? Malgré la durée plus longue de l'acte opératoire, nous avons jugé qu'il était préférable d'enlever la tumeur avec l'utérus et les annexes ; l'énucléation d'un fibrome dans un utérus gravide pouvant présenter de grandes difficultés et s'accompagner d'une hémorrhagie des plus graves.

De plus, notre malade, âgée de 38 ans, avait eu onze grossesses et était mère de cinq enfants. Cette considération devait entraîner notre décision que les suites si simples de l'opération ont pleinement justifiée.

Mais nous regrettons de n'être pas intervenu la veille avant même le début du travail ; l'enfant moins affaibli aurait certainement survécu.

En résumé la gravité de la gastro-hystérotomie, voire même de l'hystérectomie abdominale totale étant beaucoup moindre par les perfectionnements de plus en plus grands de la technique opératoire, les indications de ces deux opérations au point de vue obstétrical deviendront plus nombreuses. Quelles que soient les causes de la dystocie appartenant à la mère, tumeurs utérines et pelviennes, rétrécissements extrêmes du bassin, l'hystérotomie suivie de la castration totale devra être pratiquée de préférence à l'embryotomie.

Nous avons suivi en partie le procédé opératoire préconisé par le docteur Doyen, au congrès de Genève : ablation de l'utérus du bas en haut après perforation du cul-de-sac de Douglas et préhension du col sans hémostase préventive, sauf sur les utéro-ovariennes beaucoup trop volumineuses pour les ouvrir sans pincement préalable,

puis fermeture du péritoine pelvien au-dessus de toutes les ligatures.

Les autres cas d'hystérectomie totale pour fibrome que nous avons pu relever sont les suivants :

FRISTH (de Breslau) 1891. — Volumineux myome du col. Maladie de Bright. Eclampsie. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale à la Martin. Opérée, morte le 6^e jour sans fièvre.

Doit-on incriminer l'opération ou le mal de Bright ? Pas de renseignements sur l'enfant.

(Société obst. de Berlin, 27 février 1891. In *Cent. für gyn* 1891, n^o 18.)

GUERMONPREZ (Lille) 9 juillet 1893. — Primipare de 34 ans, à terme, en travail. Fibrome irréductible obstruant le bassin. Membranes rompues. Enfant vivant. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale en deux temps. Drainage à la Mickulitz les trois premiers jours.

Guérison de l'opérée. L'enfant vécut.

La troisième de ces observations nous est relatée tout au long dans les *Annales de Gynécologie* de février 97, par MM. Varnier et Delbet qui en sont les auteurs (Clinique Baudelocque).

Il s'agit d'une primipare âgée de 32 ans, arrivée au terme de sa grossesse. L'excavation est obstruée par une tumeur fibreuse du volume d'un poing, effaçant complètement le cul-de-sac postérieur. De plus, l'utérus est en rétroflexion complète.

Dans la nuit qui a suivi son entrée à la Clinique, la malade entre en travail, écoulement d'un liquide vert

épais, mélangé de méconium. Les bruits du cœur ne sont plus perçus. Enfant mort. Température 37°,3.

Le lendemain, MM. Varnier et Delbet ouvrent le ventre et, après ligature des pédicules utéro-ovariens, font l'extirpation totale de l'utérus, sans ouverture préalable de cet organe.

La malade s'est levée le 22^e jour et est sortie en parfait état.

Cette observation, si intéressante soit-elle, ne rentre pas tout à fait dans le cadre de l'étude que nous nous sommes proposés. L'opération de MM. Varnier et Delbet est une hystérectomie totale d'emblée, sans opération césarienne préalable. Ils se sont comportés vis-à-vis de l'utérus fibromateux et gravide comme s'il eut été simplement fibromateux. Mais à cela, il y avait une raison capitale : l'enfant était mort.

Voici, d'ailleurs, les quelques réflexions que suggère à leur auteur cette observation.

« Le second point sur lequel nous appelons l'attention
« est la facilité de l'extirpation totale de l'utérus gravide
« à terme, non évacué au préalable et à vascularisation
« maxima. La perte sanguine a été insignifiante, nulle-
« ment comparable à ce qu'elle est dans une opération
« césarienne, soit conservatrice, soit radicale. La béli-
« gnité des suites opératoires est également digne de
« remarque. L'observation que nous publions est, croyons-
« nous, la première hystérectomie totale faite de propos
« délibéré, et avec succès, au terme de la grossesse, aux
« lieu et place de l'opération césarienne suivie d'ampu-
« tation utéro-ovarique. L'extirpation abdominale totale
« de l'utérus gravide, non préalablement évacué par l'opé-

« ration césarienne, n'a été faite avec succès que dans
« les premiers six mois de la grossesse compliquée de
« cancer du col opérable ou de fibromes ; la non via-
« bilité de l'enfant à cette époque permet, en effet, de le
« laisser, vivant ou mort, dans l'utérus à extirper ».

Quelle sera donc la technique opératoire à adopter pour les utérus gravides fibromateux, la femme étant à terme, et l'accouchement impossible par les voies naturelles.

Bien que donnant aujourd'hui de meilleurs résultats qu'autrefois, l'opération césarienne simple donne encore une mortalité trop élevée.

En 1880, Lefour indiquait comme mortalité de cette intervention dans les cas de fibromes 81 0/0.

En 1890, Pestalozza arrivait au chiffre de 66 0/0 et plus récemment, Apfelstedt, réunissant toutes les opérations faites depuis 1886 jusqu'en 1895, constatait que la mortalité s'était abaissée à 50 0/0, ce qui est une proportion encore considérable.

L'opération de Porro, exécutée pour fibrômes, a tout d'abord été désastreuse, mais assez rapidement ses résultats sont devenus plus favorables. En 1890, Pestalozza signalait pour cette opération une mortalité moindre que pour la césarienne simple : 50 0/0 au lieu de 66 0/0. Actuellement les recherches d'Apfelstedt démontrent que, depuis 1886, la mortalité n'est plus que de 20 0/0.

Les observations d'hystérectomie totale consécutive à l'opération césarienne ne sont pas encore nombreux, mais comme on peut le voir, à part le cas malheureux de Fritsch, où nous avons bien le droit de mettre la mort de la mère sur le compte de l'éclampsie, les autres cas ont donné des succès complets.

En présence de ces résultats, à moins que l'on ne puisse faire autrement, nous rejettons l'hystérotomie conservatrice comme traitement de l'accouchement compliqué de fibrome.

Cette opération a l'inconvénient de ne répondre qu'à une seule des indications, — la plus urgente, — il est vrai, évacuer l'utérus ; et puisqu'on fait courir à la femme les chances toujours sérieuses d'une laparotomie, ne vaut-il pas mieux la débarrasser du même coup de son enfant et de son fibrome ?

Si la tumeur est haut située dans l'utérus, que, d'autre part, les conditions opératoires et l'habileté du chirurgien ne l'autorisent pas à tenter l'extirpation totale de l'utérus, il pourra se contenter de l'opération de Porro.

Mais nous sommes convaincu, qu'entre les mains d'opérateurs expérimentés, dans un milieu approprié, lorsque la parturiente n'aura pas été affaiblie encore par les labeurs d'un travail prolongé, l'intervention de choix dans les cas d'utérus fibromateux et gravide, l'enfant étant vivant, commence à être et deviendra de plus en plus l'opération césarienne radicale, c'est-à-dire suivie de l'hystérectomie abdominale totale.

III. — *Cancer de l'utérus.*

Le cancer utérin est très fréquent, le plus fréquent de tous les cancers, d'après Simpson.

S'il atteint de préférence les femmes de 40 à 50 ans, il n'en est pas moins vrai qu'on le rencontre souvent aussi de 30 à 40 ans, c'est-à-dire à une époque où la femme est encore dans toute la puissance de sa vie génitale.

Quand on songe à la fréquence des accouchements même à cet âge où la femme est passible de cette redoutable affection, on n'est pas étonné que l'épithélioma du col puisse devenir assez souvent une complication de la grossesse et de l'accouchement et mettre l'accoucheur aux prises avec les plus grandes difficultés pouvant entraîner les interventions les plus graves.

Pour passer de plain-pied à la question qui nous occupe, nous n'avons pas envisager les cas où, le néoplasme n'ayant envahi qu'une partie très inférieure et très limitée du col, la dilatation pourra s'effectuer et l'accouchement se terminer par les seules ressources de la nature ou par l'intervention du forceps ou de la version.

Nous n'avons à rechercher ici que les indications de l'opération césarienne ainsi que la conduite à tenir après cette dernière au point de vue de la façon de traiter l'utérus.

Répétant ce que nous disions dans les chapitres précédents, nous ne parlons évidemment que des cas où l'on se trouve en présence d'un enfant vivant ; dans le cas con-

traire, l'embryotomie serait la meilleure manière de débarrasser la parturiente.

Mais lorsque l'utérus renferme un fœtus dont la viabilité n'est pas douteuse, lorsque le cancer a envahi toute la portion vaginale du col, qu'on ne peut espérer une dilatation suffisante pour permettre le passage du fœtus par les voies naturelles, il faut bien considérer que deux existences sont en jeu, que l'une d'elles est bien compromise par l'évolution fatale du cancer, et on doit se demander s'il n'est pas préférable de songer à sauvegarder d'abord la vie de l'enfant ?

Oui. Etant donnée l'incurabilité du cancer, tous les efforts doivent tendre à la conservation de l'enfant et faire rejeter avant tout l'avortement provoqué, ainsi que l'accouchement prématuré artificiel. Pour la même raison, nous rejeterons également la manière de faire de certains accoucheurs (Ahlfeld, Porak) qui préconisent le traitement palliatif tel que l'extirpation des seules parties envahies. Ce mode de traitement est-il applicable, même en cas de cancer au début, quand l'amputation intra-vaginale (d'après la statistique de Theilhaber (1), entraîne dix fois sur 19 l'interruption de la grossesse et que bientôt après — ce traitement, il se produit souvent une récurrence.

D'autres accoucheurs, et Beckmann (2) s'est fait le défenseur de cet opinion, admettent comme procédé de choix l'hystérectomie vaginale pratiquée pendant les quatre premiers mois de la grossesse. L'évacuation préalable de l'utérus n'étant pas alors nécessaire, car l'organe n'est pas

(1) *Archiv. f. Gynækologie* 1894. Bd XLVII.

(2) BECKMANN *Deitschrift. für. Geburtshülfe*, vol. XXXIV,

alors assez gros pour éprouver de la difficulté à traverser le petit bassin.

D'après Beckmann les 14 malades ayant subi cette opération auraient été guéries.

Olshausen préfère l'avortement provoqué suivi de l'hystérectomie vaginale qu'il considère comme moins dangereuse que l'opération de Freund.

Le Professeur Pinard s'est élevé contre tous ces procédés qui ont l'immense inconvénient de sacrifier une existence qui pourrait être certaine quelques mois plus tard, à celle si compromise, et souvent à bref délai, de la femme atteinte de cancer.

Pour ces raisons nous croyons donc que la conduite à tenir consiste à recourir franchement à l'opération césarienne avant que la vie de l'enfant soit compromise.

Cette manière de faire est celle généralement adoptée aujourd'hui ; on est d'accord pour l'hystérotomie, c'est au point de vue de la conservation ou de l'ablation de l'utérus que les avis sont partagés. Avant d'entrer dans cette discussion, nous tenons à citer une observation due à notre maître et ami le docteur Sorel, chirurgien des hôpitaux du Havre, à la suite de laquelle nous avons eu l'idée d'entreprendre ce travail.

Voici cette observation, telle qu'elle a été publiée par son auteur dans les *Archives provinciales de chirurgie* :

Opération césarienne pour cancer de l'utérus. — Enfant vivant.
— Guérison opératoire par le docteur ROBERT SOREL, du Havre. Chirurgien des Hôpitaux ;

L'opération césarienne a perdu beaucoup de terrain depuis les récents progrès de l'obstétrique. L'élevage des enfants

venus avant terme par la couveuse a rendu possible plus souvent l'accouchement prématuré ; la symphyséotomie a permis d'avoir des enfants vivants avec des bassins viciés ; enfin dans les cas de dystocie dus aux tumeurs de l'utérus ; l'hystérectomie abdominale totale a remplacé l'opération césarienne. Mes amis Béchet, d'Avranches, et Magneaux, de Rouen, en ont cependant publié deux cas récemment.

Une des indications de cette opération est le cancer de l'utérus rendant toute dilatation impossible. Encore dans ce cas, si les culs-de-sac sont libres, on a intérêt à terminer l'opération par une hystérectomie abdominale, pour tenter par la même intervention et de sauver la vie de l'enfant, et sinon de guérir, du moins, de donner une survie à la mère.

Il y a quelques mois, je me suis trouvé en présence d'un de ces cas. Malheureusement, le cancer était inopérable ; mon ami le docteur Goupil (de Trouville) et moi, nous nous sommes déterminés à faire l'opération césarienne simple, voici d'abord cette observation.

Mme D..., âgée de 42 ans, demeurant à Hennequeville, a été bien portante jusqu'au moment du début de sa dernière grossesse. Elle a eu 8 enfants. Les couches se sont bien passées. Trois fois cependant, elle a eu des hémorrhagies *post-partum* assez abondantes.

Il y a 7 mois, elle a consulté le docteur Le Goupil (de Trouville) se plaignant de douleurs dans le ventre avec soupçon de grossesse, notre confrère a constaté un début de grossesse avec un cancer du col de l'utérus ; craignant des complications pour l'accouchement et, d'autre part, le cancer étant opérable, il a proposé une intervention qui a été refusée.

La malade avec une insouciance fréquente à la campagne, a attendu la fin de sa grossesse sans consulter à nouveau son médecin.

A la fin de septembre 1896, elle a eu des douleurs utérines

qui ont duré une journée. En octobre, elle a eu ainsi plusieurs fois un faux début du travail, puis tout rentrait dans l'ordre, la deuxième fois c'était le vendredi 9 octobre.

Le lundi matin 12 octobre, les douleurs recommencent très fortes pour ne plus cesser.

Le mardi, on se décide à prévenir le docteur le Goupil qui ne trouve aucune dilatation ; le fond du vagin est envahi par les bourgeons cancéreux, les culs-de-sac et le vagin sont atteints.

Le mercredi 14 octobre mon confrère conseille de faire une opération césarienne pour sauver l'enfant encore bien vivant. Cette fois, l'intervention est acceptée et on me demande de venir voir la malade ; j'arrive à Hennequeville à 6 heures du soir, muni de mes instruments et objets de pansement stérilisés. La malade a toujours de grandes douleurs sans résultats l'enfant est encore vivant ; avec mon confrère nous décidons l'intervention.

Nous nous installons tant bien que mal pour opérer. On est obligé pour opérer de réquisitionner toutes les lampes dans le village. M. le Goupil donne l'éther et j'é procède à l'ouverture du ventre après les précautions antiseptiques les plus minutieuses que nous pouvons prendre. Nos blouses, tabliers, compresses, soies, tampons avaient été stérilisés à ma clinique à l'autoclave, les instruments sortaient de mon étuve au camphène. Incision de la peau de 15 cent., $\frac{2}{3}$ au-dessous $\frac{1}{3}$ au-dessus de l'ombilic. L'utérus est isolé par des compresses stériles. Incision de 10 cent. de l'utérus ; de l'eau tintée de vert s'échappe. Extraction de l'enfant en mort apparente. Cette partie de l'opération a duré trois minutes. L'enfant est frictionné à l'alcool, on lui donne un bain chaud, on lui fait des tractions rythmées de la langue. Après 20 minutes d'efforts, il se ranime et commence à crier et à respirer régulièrement. L'utérus s'est vite rétracté ; pour extraire le placenta, je suis

obligé de l'attirer en haut. Extraction manuelle du placenta ; j'essuie la surface interne avec des compresses stériles. Suture de la plaie avec de la grosse soie par points séparés sur un seul plan.

Pendant tout ce temps, presque pas d'hémorrhagie à l'exception d'une petite artère utérine qui a été pincée et liée à la soie.

Sutures du péritoine et des muscles de la paroi avec un surjet à la soie, sutures de la peau au crin de Florence. Pansement aseptique.

15 octobre. La mère a eu un bon réveil, elle a eu quelques légères coliques, avec expulsion d'un peu de sang par le vagin. Les lochies comme à l'ordinaire.

17 octobre. Faciès bon, œil vif, pouls 100, température 37° ; quelques coliques dues à l'absence de garde robe, a été sondée 3 fois. Tous les jours injections vaginales. Huile de ricin à petites doses répétées.

19 octobre. Pouls 65 ; température 37°. Langue bonne, faciès calme. Garde robe. Quelques coliques dans le ventre ; un peu de douleurs au sein ; a été encore sondée.

22 octobre. Bon état général, pas de fièvre, bon appétit, urine seule et bien ; garde robe régulière ; plus traces de douleurs au sein. L'enfant bien portant.

28 octobre. Je revois la malade et refais le premier pansement. Réunion par première intention, ablation de tous les fils. Enfant bien portant. Guérison opératoire.

28 janvier 1897. Je reçois des nouvelles de la malade. Elle se lève un peu, mais souffre toujours dans le bas-ventre ; les ganglions inguinaux sont envahis avec douleur s'irradiant dans la cuisse. Le col et les culs-de-sac sont de plus en plus pris. Somme toute évolution assez lente de son cancer.

Réflexions. — D'abord se pose la question suivante. Lors-

que la malade s'est présentée à M. le docteur Le Goupil au début de sa grossesse et de son cancer, que fallait-il faire ? Je partage absolument l'avis de mon confrère. On ne pouvait pas à ce moment laisser évoluer la grossesse, avec chance d'avoir un enfant vivant. On courait ainsi de gros risques d'avortement, ou même la malade pouvait très bien succomber avant le terme de sa grossesse. A ce moment, une ablation totale du mal était possible et je l'aurais conseillée. Aujourd'hui, nous voyons cependant que la malade a préféré l'abstention : on a le bénéfice d'une vie humaine, son enfant ; la mère va succomber fatalement à son mal. Je sais très bien que le cancer de l'utérus même enlevé de bonne heure récidive très rapidement, et que par suite, si on avait suivi mon conseil, la mère serait peut être dans le même état : néanmoins, je crois qu'il serait très imprudent de compter sur une chance aussi heureuse d'avoir un enfant dans un cas semblable ; nous avons eu d'ailleurs assez de peine à le ramener à la vie.

La deuxième question que l'on doit se poser, c'est la conduite à tenir au moment où mon confrère a été rappelé auprès de la malade. Deux opérations seulement étaient à pratiquer dans ce cas : l'opération césarienne simple. ou l'hystérectomie abdominale totale. Nous avons préféré la première pour les raisons suivantes : l'opération devait être plus rapidement faite et était moins dangereuse dans ce milieu peu propice ; 2° Vu l'envahissement du vagin par le cancer, nous ne pouvions pas obtenir une cure radicale, et, de plus, nous courions toutes les chances d'infecter le péritoine en ouvrant ce vagin rempli de bourgeons cancéreux suppurants.

Les suites nous ont d'ailleurs donné raison.

L'observation de M. Magniaux (1), de Rouen, est non moins intéressante, nous le citerons également.

Opération de Porro chez une femme enceinte de huit mois et une semaine, présentant un épithélioma du col utérin, par
M. MAGNIAUX.

MESSIEURS,

Le cancer utérin chez la femme enceinte est assez rare et soulève dans la pratique des difficultés assez considérables pour que je pense intéressant de vous raconter l'histoire d'une malade entrée le 3-septembre dernier dans mon service de l'Hospice-Général, enceinte de huit mois et une semaine, présentant un épithélioma du col, et chez laquelle j'ai pratiqué avec succès l'opération de Porro.

Cette femme, âgée de 34 ans, ayant eu quatre accouchements spontanés et à terme, dont le dernier au mois de novembre 1895, fait remonter l'origine de son mal au mois de mars 1896. A dater de ce moment, métrorrhagies survenant toutes les semaines; écoulement sanieux, fétide; douleurs intolérables dans le bas-ventre, les reins; anorexie; amaigrissement considérable, cachexie rapide; agacement perpétuel qui prive la malade de repos. Il semble que le cancer ait débuté pendant la grossesse, et que, comme c'est la règle en ce cas, il ait évolué avec une rapidité particulière. Le toucher vaginal nous montre un col long dans lequel l'index pénètre facilement jusqu'à la tête fœtale coiffée des membranes. La lèvre antérieure du col est encore souple dans sa partie médiane, mais indurée de chaque côté. La lèvre postérieure est dure, friable, saignante; elle présente une sorte de cavité permettant l'introduction d'une phalange. Les commissures sont également dures et friables; l'induration se continue au niveau des culs-

de-sac latéraux et un peu sur la paroi postérieure du vagin. La malade est soumise au repos et aux injections vaginales, répétées.

Les contractions utérines, douloureuses et fréquentes le 3 septembre, reparaissent de nouveau dans la nuit du 4 septembre, sont légères les jours suivants, reprennent avec intensité le 7 septembre, à dix heures du soir, cette fois pour ne plus cesser. Elles sont très douloureuses; espacées d'abord d'une demi-heure, elles deviennent de plus en plus fréquentes, s'accompagnent d'écoulement sanguin. Le 8 septembre à deux heures, hémorrhagie très abondante qui n'est pas arrêtée par les injections très chaudes et oblige la sage-femme en chef, Mlle Thierry, à pratiquer le tamponnement vaginal. j'examine la malade à quatre heures. Je la trouve très déprimée, réclamant une intervention. Les battements du cœur fœtal, sont normaux. Au toucher, l'orifice n'est pas sensiblement plus large que le 3 septembre; le col semble seulement s'être allongé, surtout au niveau de sa lèvre antérieure qui est très œdématiée. N'espérant plus que l'accouchement put se faire spontanément et craignant qu'une attente trop prolongée ne fut fatale à la vie de la mère et du fœtus, je me décidai à intervenir.

Nombreuses sont les interventions auxquelles l'accoucheur peut avoir recours dans les grossesses compliquées de cancer utérin. Dans le cas présent, étant donnés l'extension des lésions épithéliomateuses et ce fait que les contractions utérines n'avaient pu produire même au commencement de dilatation du col, mon opinion est que tous les procédés de dilatation artificielle de cet orifice eussent été dangereux ou impuissants.

Parmi les interventions abdominales, l'opération idéale est sans contredit l'hystérectomie totale, quel que soit le procédé employé; seule, cette opération est curative, toutes les autres devant être suivies de la mort de la mère du fait de son cancer

à une échéance plus ou moins éloignée. Mais ici l'extension des lésions aux culs-de-sac vaginaux à la paroi postérieure du vagin nous condamnait à choisir entre l'opération césarienne, les hystérectomies à pédicule intra ou extra-péritonéal. C'est cette dernière, l'opération de Porro, qu'il est classique de pratiquer, parce qu'elle préserve plus sûrement de l'infection péritonéale particulièrement à craindre dans les épithéliomas du col utérin, à cause des produits septiques de voisinage.

Je passe sous silence le manuel opératoire commun à toutes les laparotomies. Une fois l'utérus isolé de la cavité abdominale, je fis au bistouri à travers sa paroi antérieure une boutonnière sur la ligne médiane et à la partie inférieure de cette ligne. Je tombai sur le placenta. Je traversai ce dernier avec l'index, et toujours avec l'index, suivant la ligne médiane je fendis du même coup le placenta et la paroi utérine jusqu'en haut. J'enlevai le fœtus par les pieds, pratiquai la délivrance artificielle et remplaçai par une ligature élastique immédiatement bien placée les mains de mon aide, qui, armé d'une compresse, étreignait le col utérin et la base des ligaments larges, si bien que l'opération s'était faite, pour ainsi dire, sans perte de sang, chose importante chez notre malade très anémiée. Le col est traversé au-dessus du lien élastique par deux broches en acier ; la pince qui maintenait le lien, remplacée par une double ligature à la soie ; l'utérus amputé à un travers de doigt au-dessus du lien ; la périphérie du moignon fixée à la partie inférieure de la plaie abdominale, et celle-ci fermée par trois plans de sutures. Les suites de l'opération ont été normales. La plaie abdominale s'est réunie par première intention ; en revanche, des ulcérations produites par les brochettes n'étaient pas encore complètement cicatrisées quand la malade a quitté la Maternité. Le pédicule tombe le 22^e jours après l'opération. La cicatrice est ensuite entraînée vers le bassin par la rétraction du col utérin et des parties

voisines, de sorte qu'il existe à son niveau une dépression d'un centimètre de profondeur.

Notre malade s'est levée le 23^e jour après l'opération et a quitté le service le 31 octobre. Voici quels ont été pour elle les résultats de l'intervention, disparition des hémorrhagies et des douleurs ; amélioration des troubles digestifs, bien que l'appétit soit parfois capricieux ; augmentation de poids ; aspect moins cachectique ; retour partiel des forces ; — il persiste un écoulement vaginal peu abondant, d'une fétidité extrême, qui désole la malade, l'énerve, lui inspire une sorte d'hypochondrie ; en résumé, amélioration passagère.

L'enfant a été élevé au sein par une nourrice de la petite crèche : il pesait 2,850 gr. à sa naissance ; lorsqu'il quitte la Maternité, il pèse 3,460 gr., est en très bon état.

Ces deux observations sont intéressantes. Elles nous montrent combien la conduite à tenir peut être différente, suivant les conditions dans lesquelles on est appelé à intervenir.

Mais voyons un peu, avant de tirer des conclusions, quels sont les résultats obtenus avec l'opération radicale, l'hystérectomie abdominale totale et dans quelles conditions ces interventions ont été pratiquées.

MM. Varnier et Delbet, dans l'article qu'ils ont publié sur l'hystérectomie totale, dans les *Annales de gynécologie*, font des observations qu'ils ont pu recueillir dans la littérature obstétricale, deux tableaux. Dans le premier figurent les interventions faites sans opération césarienne préalable. Ces opérations ont été pratiquées au cours de la grossesse ; nous y relevons 4 observations de cancer de l'utérus, dont l'une est due à Murphy, et 3 à Markenrodt ; elles comportent une seule guérison maternelle, quant

aux enfants, ils sont naturellement tous sacrifiés, viables ou non.

Dans le deuxième tableau, celui renfermant les cas d'hystérectomie abdominale totale comme complément de l'opération césarienne, nous y relevons les sept cas suivants où cette intervention fut pratiquée pour des cancers de l'utérus.

Voici le résumé de ces observations tel que nous l'empruntons au tableau dressé par MM. Varnier et Delbet :

I.²— SHRODER, 27 oct. 1879.

III pare en travail. Cancer du col. Température 39° 5.

Enfant vivant présentant le sommet.

Opération césarienne suivie d'opération de Freund. Morte le lendemain. Enfant asphyxié, non ranimé.

(*Zeitschr. f. Geb. n. gyn.* t. XII).

II. — BISCHOFF (de Bâle), 17 déc. 1879.

VIII pare de 41 ans. Grossesse de 8 mois et cancer du col ; femme épuisée par hémorrhagies répétées.

Opération césarienne suivie d'opération de Freund. Hémorrhagie grave pendant l'opération rendue difficile par la propagation du cancer au paramétrium gauche ; on a lié l'uretère gauche.

Morte quelques heures après le collapsus.

Fille vivante de 3 kil. 200 gr. Vivante en 1883.

(*Zeitschr. f. geb. n. gyn.* t. X.

III. — SCHRODER, 1885.

Femme en travail prématuré, 7 semaines avant terme.

Cancer du col.

Fièvre, putréfaction. Souffrance du fœtus. Opération césarienne suivie de l'opération de Freund. Blessure de la vessie.

Morte 5 heures après. Péritonite à streptocoques.

Enfant asphyxié, n'a pu être ranimé.

(*Gcsellsch. f. geb. n. Gyn.* Berlin, 27 nov. 1885.)

IV. — FOCHIER. (Lyon), 13 mars 1888.)

VI pare de 38 ans, en travail depuis 10 jours, à terme. Cancer du col, pas de fièvre, enfant mort.

Opération césarienne suivie d'opération de Freund. (du pus s'écoule à l'ouverture de l'abdomen.) Morte au bout de 79 heures. Péritonite purulente.

(*Lyon médical*, 13 mai 1888.)

V. — FREUND (Strasbourg), 28 juin 1888.

V pare, cachectique de 33 ans, en travail depuis 48 heures à 8 mois 1/2. Cancer du col étendu au paramétrium, surtout à gauche. Opération césarienne, suivie d'opération de Freund.

Morte sur la table. Anémie et collapsus cardiaque.

Enfant vivant gros et fort.

(*Gravurv. Zeitschr. f. Geb. n. gyn.* t. 17.)

VI. — FRITSCH (Breslau), 8 nov. 1891.

VII pare, de 35 ans, à terme. A la clinique depuis plusieurs jours, en travail depuis la veille. Cancer de la portion vagi-

nale étendu à la paroi postérieure du vagin et au paramétrium droit.

Opération césarienne suivie d'opération de Freund.

Durée 2 heures. Drainage vaginal à la gaze iodoformée. (enlevé le 6^e jour.)

Guérie après longue suppuration. Les sutures abdominales ayant été enlevées le 7^e jour, la plaie se désunit par vomissement et une anse d'intestin fait issue au dehors. Réduction et suture.

Enfant vivant, 3. 000 gr.

(H. MOLLER. *Centrale. für. Gyn.* 1892, n^o 6.)

VII SPENSER WELLS (21 octobre 1881.)

VII pare. Grossesse de 6 mois et épithélioma du col au cours d'une tentative d'hystérectomie abdominale totale, sans évacuation préalable de l'utérus ; celui-ci est ouvert en disséquant la vessie.

Ponction de l'œuf, extraction du fœtus, et terminaison de l'hystérectomie. Durée 1 heure. Sutures. Pas de drainage.

Guérison opératoire. Se lève le 28^e jour bien qu'au 8^e jour se soit produite la même complication que dans le cas précédent.

Enfant mort 670 gr.

(*Médec. chir. transact.* Londres 1882, t. xvl.)

On peut voir que les résultats de ces opérations sont moins que brillants. Pour les mères, deux guérisons seulement avec cinq décès. Pour les enfants, on est surpris de voir que, dans une opération ayant pour but principal de sauvegarder leur existence, le nombre de ceux

qui vécut est si peu élevé. Ces 7 opérations, en effet, n'ont donné que trois enfants vivants.

Bien que cette statistique ne soit pas assez documentée pour permettre d'en tirer des conclusions définitives, on peut y voir, comme le font remarquer MM. Varnier et Delbet, que la si grande gravité du pronostic tient à ce que
« le plus grand nombre de ces interventions chez des can-
« céreuses ont été pratiquées après des tergiversations et
« une expectation prolongée, alors que du fait de la lon-
« gue durée du travail s'étaient déjà développées l'infec-
« tion, la putréfaction utéro-vaginale ; on s'aperçoit en-
« core que c'est parmi elles que se rencontrent les obser-
« vations les plus anciennes en date (1879), remontant
« par conséquent à une époque où l'antisepsie n'était pas
« ce qu'elle est aujourd'hui et où le manuel opératoire était
« encore à l'état embryonnaire. »

En présence de ces résultats, quel sera donc le procédé de choix à adopter dans le cas de grossesse compliquée de cancer utérin et lorsque l'opération césarienne sera indiquée.

Nous croyons, avec MM. Varnier, Delbet, et Sorel que l'opération radicale devra être réservée aux cas où l'on est appelé à intervenir à la fin de la grossesse, mais avant tout début du travail, et lorsque le néoplasme étant bien limité au col, la femme pourra retirer quelque bénéfice de son intervention.

Mais lorsque l'accoucheur est appelé, comme l'a été le docteur Sorel dans le cas que nous citons plus haut, au moment où le travail est déclaré, nous croyons que la meilleure ligne de conduite à tenir est la suivante :

Si l'on opère dans un milieu incommode, avec une assis-

tance insuffisante, que d'autre part la lésion utérine ait envahi les culs-de-sac vaginaux, que la malade soit affaiblie déjà par des hémorrhagies répétées, que l'on ait à craindre que les bourgeons épithéliaux viennent infecter le péritoine, si en un mot, on fait une opération de nécessité ne répondant qu'à un but immédiat, sauver la vie de l'enfant, l'opération césarienne simple, conservatrice, doit être préférée à l'amputation utéro-ovarique, cette dernière ayant plus de chance de déverser dans le péritoine les sécrétions sanieuses du néoplasme, et de produire de l'infection.

L'opération de Porro serait plutôt justifiée, à notre avis, dans les cas où, en dehors de la lésion cancéreuse viendrait s'ajouter un élément d'infection streptococcique venant du dehors. Encore faudrait-il que la femme ne soit pas trop anémiée par les hémorrhagies antérieures ou celles du fait de l'opération et surtout que le processus néoplasique ne soit pas assez avancé pour franchir les limites du col, atteindre le corps de l'organe et ne pas permettre que l'amputation soit faite en plein tissu sain.

L'opération de Porro ne doit pas avoir la prétention d'être une intervention curatrice de la lésion cancéreuse, pas plus que la simple hystérotomie.

Si donc, on se trouve en présence d'une affection au début, que l'on soit consulté pendant la grossesse, que la femme qui en est atteinte ne soit pas encore cachectisée et qu'on puisse espérer, sinon la guérir, du moins lui procurer une survie appréciable, on sera en droit de lui proposer l'opération radicale, l'hystérectomie abdominale totale, à condition toutefois qu'on puisse opérer dans des

conditions d'asepsie et d'assistance ne laissant rien à désirer.

A quel moment sera-t-il le plus opportun d'intervenir ?

Ici, on se trouve dans des conditions différentes des dystocias par viciations pelviennes ou fibromes utérins. Si l'on attend, en effet, que le travail se déclare, la dilatation s'opérera sur des tissus bourgeonnants et par places indurés et inextensibles et elle aura pour effet de produire des dilacérations souvent très étendues et pouvant entraîner les hémorrhagies les plus graves. On se sera donc mis de par cette attente dans des conditions opératoires où les chances déjà si faibles de réussite seront réduites à leur minimum.

C'est pourquoi, lorsque l'intervention aura été décidée d'avance, il sera toujours préférable d'opérer le plus près possible du terme de la grossesse pour donner à l'enfant le plus de chances de vitalité, mais avant tout début de dilatation, pour éviter à la femme l'affaiblissement résultant d'un travail qui ne pourrait qu'être long et laborieux.

IV. — *Autres indications de l'opération césarienne*

Les autres indications de l'opération césarienne, en dehors des trois cas que nous venons d'étudier, ne méritent pas que nous leur consacrons à chacune d'elles un chapitre spécial.

Bien que de minime importance, tant par leur rareté qu'au point de vue de la discussion qu'elles peuvent susciter, nous ne pouvons les passer sous silence sous peine d'être incomplet et de ne pas répondre au titre que nous avons adopté.

Nous allons donc, en les groupant, signaler les autres cas que la pathologie obstétricale peut présenter, dans lesquels on peut être appelé à intervenir par l'opération césarienne.

I. Tumeurs au voisinage de l'uterus

Il est rare que les tumeurs des organes du petit bassin, autres que celles de l'utérus, nécessitent l'opération césarienne.

Cependant, certaines tumeurs de l'ovaire, kystiques ou cancéreuses, ont pu donner lieu à l'hystérotomie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un volumineux kyste de l'ovaire, obstruant le petit bassin, et mettant par ce fait obstacle absolu à l'accouchement par les voies naturelles, on est autorisé à pratiquer la laparotomie; et si l'extirpation de la tumeur oblige quelque peu à malmenier l'utérus, il est préférable, l'enfant étant vivant, bien en-

tendu, de procéder à l'évacuation préalable de la matrice par l'opération césarienne que l'on fera suivre de l'amputation de Porro.

(MAX VOIGT. — Opération de Porro pour tumeur maligne de l'ovaire (*Archiv. für Gyn.* XLIX).

(HERGOTT. — Kyste dermoïde du ligament large droit. Opération césarienne.)

On a vu également le cancer du rectum nécessiter aussi quelquefois l'opération césarienne. Mais ces cas sont extrêmement rares. Il s'agit d'ailleurs souvent de néoplasmes avancés ayant envahi par propagation la paroi postérieure de l'utérus et le col. On se retrouve alors dans les conditions de cancer primitif du col. Nous en relevons deux cas récents.

(W. DUNCAN. — Cancer du rectum et opération césarienne. (*Méd. moderne*, 6 janvier 97).

(RIDDEL A. J. — A case of césaréan, section for eyesis complicated by maliquant disease of the rectum. *The Lancet*, n° 3862, 97).

2° Dystocie vaginale.

Les cas de malformation ou d'imperforation du vagin ne sont pas très rares ; mais, outre que ce sont des obstacles à la production de la grossesse, quand celle-ci a lieu, l'accouchement peut généralement se terminer après la section des brides fibreuses, comme nous avons eu occasion d'en observer un cas en décembre dernier dans la clientèle du docteur G. de Montivilliers (Seine-Inférieure), que nous remplacions alors.

Cependant, il peut arriver que le vagin se trouve obstrué par une ou plusieurs tumeurs siégeant dans ce conduit,

et que l'accouchement soit impossible par les voies naturelles.

Le professeur Pinard en a présenté à l'Académie de médecine en avril 96 une intéressante observation due au docteur Poncet (de Cluny).

Il s'agit d'une femme de 23 ans, primipare, chez qui le corset trop serré avait amené des déformations de l'abdomen, et entravé le développement de l'enfant. Travail déclaré prématurément au 225^e jour. On constate alors un vagin rempli de petites tumeurs de la grosseur d'un œuf, non douloureuses, mais dures, cartilagineuses et ne permettant pas d'arriver sur le col utérin ; des tumeurs de même nature furent constatées dans la grande lèvre droite, dans le sein droit et dans le flanc droit au milieu des muscles de la paroi. Le docteur Poncet fit le diagnostic de tumeurs enchondromateuses, et malgré le mauvais état de la mère procéda à l'opération césarienne.

L'enfant en état de mort apparente ne put être ranimé et la mère mourut quatre heures après.

Nous avons cité cette observation pour montrer que l'atréisie du vagin peut quelquefois obliger à recourir à l'opération césarienne.

3^o Ruptures de l'utérus

Quelle soit spontanée ou due à une maladresse opératoire, au cours d'une intervention obstétricale, si la rupture de l'utérus est peu étendue, que le fœtus soit resté dans la cavité utérine, on peut espérer, après évacuation de l'utérus, que la plaie ainsi produite guérira sans intervention sanglante.

Mais il peut arriver que la déchirure soit très étendue, et donne lieu à une hémorrhagie des plus graves ; il faut alors, sans retard, faire une laparotomie et extraire l'enfant.

On se rend compte ensuite de l'étendue des lésions.

Si la déchirure est peu étendue, à bords réguliers, on peut la suturer à la soie ou au catgut.

Toutefois, en raison du peu de tendance qu'à l'utérus à la cicatrisation, pour peu que la plaie utérine soit irrégulière, étendue et anfractueuse, il sera préférable de pratiquer une amputation de Porro. Si même la plaie intéresse le segment inférieur de l'utérus, nous croyons que c'est le cas où jamais d'avoir recours à l'opération radicale, à l'hystérectomie totale.

4° Dystocie due à des mutilations antérieures.

Voilà un titre de chapitre qu'il est regrettable de voir figurer dans les indications d'une opération aussi grave que la césarienne ; mais, n'en déplaise à la chirurgie, nous n'avons pas le droit de la passer sous silence. D'abord deux résumés d'observations.

SOUBAROFF. — *Dystocie due à une hystéropexie antérieure ayant nécessité l'opération césarienne* (Arch. tologie nov. 95).

Femme amenée à l'hôpital, en travail depuis trois jours, a subi quatre ans auparavant, dans la même clinique, une laparotomie suivie de ventrofixation pour une rétroversion de l'utérus. A l'examen on voyait, chez cette malade, sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, à la partie supérieure de l'uté-

rus, une dépression. En saisissant la cicatrice abdominale, on constatait qu'elle était fixée sur toute son étendue à la surface antérieure de l'utérus et que son extrémité supérieure rejoignait la dépression. Au toucher : rien. Le col était si haut qu'on ne pouvait l'atteindre. Exploration manuelle sous le chloroforme : rétrécissement du vagin au-dessus duquel on sent le col fermé.

Diagnostic : utérus gravide fixé en antéverson, présentation de l'épaule gauche. Tentatives infructueuses de version par manœuvres externes. Contractions utérines à caractère tétanique. Albumine dans l'urine. Le col reste toujours fermé. Après mûre réflexion, Goubaroff se décide à faire l'opération césarienne. Laparotomie et ouverture du péritoine au niveau du bord droit de la cicatrice ; les adhérences utéro-pariétales sont tellement solides qu'il est impossible de les détacher avec les doigts. Tout le long de la cicatrice, on trouve sur la ligne médiane une adhérence ferme de la largeur d'un travers de doigt. L'extrémité supérieure forme une bride solide de l'épaisseur du petit doigt qui passe sur le fond de l'utérus et se fixe sur le bord postérieur du fond, y creusant la dépression dont il a été question. La section de cette bride montre dans son épaisseur des vaisseaux, artères et veines. Le souffle plus intense à droite et en haut avait fait supposer que le placenta était inséré en cet endroit, ce qui était exact. Ouverture de l'utérus et extraction d'une fille qui se mit aussitôt à crier.

M. ABEL — *Opération césarienne d'après la méthode de Porro. (Faculté de médecine berlinoise (4 mars 96).*

Au mois de juillet 94, j'ai dû pratiquer l'opération césarienne chez une femme âgée de 35 ans, qui accouchait pour la première fois ; l'opérée guérit et mit au monde un enfant vivant :

Cette intervention avait été rendue nécessaire par le fait de

mutilation (amputation du col, ventrofixation de l'utérus) que la malade avait subie antérieurement pour une rétroflexion de la matrice, s'accompagnant de douleurs lombaires et d'un écoulement utérin.

J'ai observé beaucoup d'autres faits de ce genre.

(Autre cas de Dominoff : Une opération indiquée par une vaginofixation antérieure.

Centrabl. für Gyn. n° 36).

Ces observations doivent être fertiles en enseignement pour la gynécologie.

C'est une erreur de considérer comme exempte de dangers toutes les opérations fixatrices de l'utérus, et on ne saurait trop s'élever contre la tendance exagérée qu'ont certains chirurgiens à combattre par des opérations, souvent inutiles, des maladies sans gravité.

Il faut bien songer que les déviations ou les flexions de l'utérus, quelques gênantes soient-elles, ne sont pas des affections mortelles, tandis que l'opération par laquelle on sera appelé à y remédier plus tard, peut l'être parfois.

Le chirurgien, ayant à traiter une malade atteinte de rétroflexion, devrait toujours se dire qu'il pourra être appelé quelques mois plus tard comme accoucheur ; la décision opératoire serait souvent prise avec plus de circonspection.

5. Eclampsie. Opération césarienne post-mortem.

Lorsque l'éclampsie survient pendant le cours de la grossesse, les accoucheurs sont d'accord pour recourir au traitement médical sans provoquer l'accouchement ; mais

lorsque l'urémie survient au cours du travail, il faut hâter le plus possible la terminaison de l'accouchement.

Si la dilatation est suffisante, on procédera à l'extraction rapide du fœtus à l'aide du forceps.

Mais il peut arriver que les accès éclamptiques ou le coma deviennent menaçants pour la vie de la mère et que l'on ne puisse attendre la dilatation nécessaire à l'accouchement par les voies naturelles ; il y a extrême urgence si l'on ne veut pas perdre les deux existences menacées, il faut extraire l'enfant par l'opération césarienne.

Müller l'a pratiquée sans succès dans un cas où l'éclampsie ayant éclaté pendant la grossesse, l'enfant était mort, la femme mourut quelques heures après l'intervention.

Kaltenbach (de Halle) y eut recours avec succès pour la mère et l'enfant. Halbertsma a pratiqué six fois l'opération césarienne chez les éclamptiques avec cinq résultats favorables. Mais nous le répétons, l'éclampsie n'est qu'une indication exceptionnelle, d'urgence extrême lorsque l'état de la femme est tout à fait désespéré et que le travail n'est pas assez avancé pour permettre l'extraction du fœtus vivant par les voies naturelles.

Lorsque la femme meurt sans être accouchée et que la dilatation n'est pas suffisante pour faire une application de forceps, il est formellement indiquée d'ouvrir l'utérus par la voie abdominale pour aller à la recherche de l'enfant.

Du reste, quelle que soit la cause de la mort, quand elle survient chez une femme enceinte à une époque de la grossesse assez avancée pour que le produit de la conception soit viable, il est du devoir de l'accoucheur, s'il a la cer-

titude que l'enfant soit encore vivant, de procéder, sans perdre une minute, à l'opération césarienne.

Inutile de dire, que dans ce cas, il n'y a pas de manuel opératoire ni d'instrumentation spéciaux ; il faut, avant tout, aller vite, et ouvrir l'utérus le plus rapidement possible si l'on veut avoir quelques chances d'en extraire un enfant dont l'asphyxie puisse être combattue avec succès.

CONCLUSIONS

1. Les opérations fœticides doivent être complètement rejetées de la pratique obstétricale.

2. Les méthodes antiseptiques rendent plus abordable qu'autrefois l'opération césarienne, et permettent d'en étendre les indications.

3. Les pelvitomies (symphyséotomie et ischio-pubiotomie) ont restreint les indications de l'opération césarienne dans les viciations du bassin.

4. L'opération césarienne simple conservatrice doit être réservée aux cas d'utérus indemnes d'infection. Dans le cas contraire on devra préférer l'opération de Porro.

5. L'extirpation totale de l'utérus consécutive à l'opération césarienne commence à rallier tous les suffrages.

Elle est indiquée dans les cas d'utérus fibromateux et gravide.

Elle peut être discutée dans les cas de cancer du col lorsque la lésion est opérable, et préférée à l'amputation de Porro.

6. L'hystérectomie abdominale totale est appelée à remplacer dans certains cas et l'opération césarienne simple conservatrice, et l'amputation utéro-ovarique ou opération de Porro.

Mais c'est une opération qui doit être faite de propos délibéré, dans un milieu spécial et que peuvent seuls se permettre les chirurgiens de profession.

Vu :

Le président de la thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos.....	5
Historique	9
Indications.....	27
Viciations du bassin.....	29
Fibromes de l'utérus.....	45
Cancer de l'utérus.....	58
Autres indications	75
Conclusions.....	83



